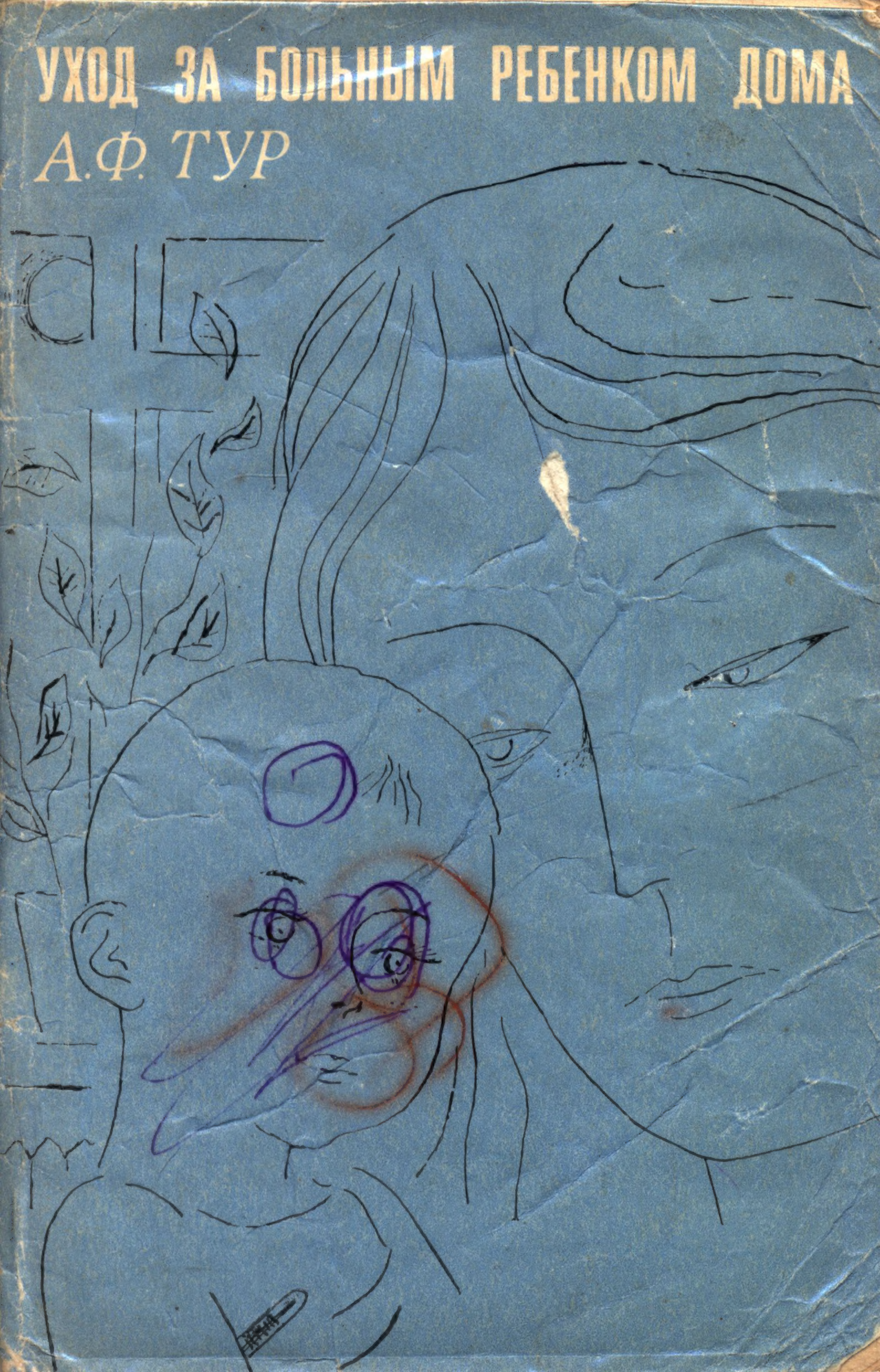
# УХОД ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ДОМА

А. Ф. ТУР



*А. Ф. Тур,*
академик, заслуженный деятель
науки РСФСР

# УХОД ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ДОМА



ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ» Москва 1970

## Содержание



*АЛЕКСАНДР ФЕДОРОВИЧ ТУР*

Уход за больным ребенком дома

Редактор *А. Поликарпов*
Обложка *Г. Басыров*
Художественный редактор *С. Волков*
Технический редактор *А. Ковалевская*
Корректор *Н. Мелешкина*

5-3-15
175—70

А 04507. Сдано в набор 5/II 1970 г. Подписано к печати 27/II 1970 г. Формат бумаги 60×90/16. Бумага типографская № 2. Бум. л. 2,5. Печ. л. 5,0. Уч.-изд. л. 4,88. Тираж 2-го завода 200 000 экз. (80 001—280 000). Издательство «Знание». Москва, Центр, Новая пл., д. 3/4. Заказ 984. Типография изд-ва «Знание». Москва, Центр, Новая пл., д. 3/4.
Цена 15 коп.

## Предисловие

С каждым годом снижаются у нас, в Советском Союзе, заболеваемость и смертность детей.

Многие тяжелые заболевания, ежегодно уносившие в царской России тысячи детских жизней, в настоящее время полностью ликвидированы. В Советском Союзе нет больше оспы, холеры, малярии, резко снизилась заболеваемость дифтерией, полиомиелитом и многими другими недугами.

Эти успехи — результат грандиозных социальных перемен, происшедших в нашей стране после Великой Октябрьской революции, результат значительного роста общей культуры и резкого улучшения материальных и бытовых условий жизни широчайших слоев населения.

Особой, поистине всенародной заботой окружены в нашей стране дети. На страже их здоровья стоят десятки тысяч советских медиков. Большинство детей с более или менее серьезными заболеваниями поступают для лечения в больницы, а с легкими, не требующими стационарного лечения, остаются дома под наблюдением родителей. Таких больных детей, конечно, гораздо больше, чем тех, которые нуждаются в госпитализации.

Об уходе за этими детьми в домашних условиях и пойдет речь в этой брошюре.

От чего же зависит успех лечения больного ребенка? Прежде всего — от точного выполнения всех назначений, сделанных лечащим врачом детской поликлиники, и от тщательного ухода.

Многие осложнения основного (первоначального) заболевания — результат неправильного ухода за больным ребенком. Часто основное заболевание осложняется воспалением легких (если слабый малыш долго лежит на спине, в легких возникают застойные явления). Недостаточный уход за полостью рта легко приводит к воспалению его слизистой. Из зева при неправильном уходе инфекция часто проникает в среднее ухо, воспаление которого доставляет много страданий ребенку. Несоблюдение необходимой диеты часто осложняется расстройством кишечника.

Успех лечения зависит от хорошего настроения ребенка и от его дисциплинированности. Плач малыша, например, усиливая отделение из носа, нередко способствует возникно-

вению отита, беспричинные капризы затрудняют правильное питание и прием лекарства, и т. д.

Вот почему к больному ребенку надо найти правильный педагогический подход. Дети хорошо воспринимают настроение окружающих. Тревога и раздражительное состояние взрослых часто вызывают капризы у детей.

Уход за ребенком требует такта, терпения и большой любви к нему. Но любовь эта должна сочетаться с благоразумным подходом к больному, с настойчивым выполнением всех необходимых и даже неприятных для ребенка лечебных назначений.

## I. Основные особенности физического и психомоторного развития детей

Средний вес новорожденных мальчиков 3200—3500 *г*, девочек — несколько меньше, 3100—3300 *г*. Рост доношенных новорожденных колеблется от 48 до 52 *см*, в среднем он равен 50 *см*.

В первые дни жизни у здоровых детей отмечается целый ряд закономерных явлений, граничащих с патологией: вес снижается на 5—6, самое большее 10 процентов, появляется желтуха, изменяется характер кала, несколько снижается число эритроцитов и количество гемоглобина в крови.

К 8—9-му дню жизни, когда ребенка с матерью выписывают из родильного дома, эти явления в большинстве случаев выравниваются, и при правильном кормлении ребенка грудным молоком, при хороших условиях окружающей среды начинается закономерное развитие ребенка. Вес нарастает к полугоду, чаще к пяти-пяти с половиной месяцам он удваивается, к концу года — утраивается. После года интенсивность нарастания веса значительно ослабевает; за 2-й год жизни вес ребенка увеличивается на 2,5—3,5 *кг*, а с 3-го года ежегодная весовая прибавка составляет около 2 *кг*. Приблизительно к 6—7 годам вес годовалого ребенка удваивается, к 13—14 годам увеличивается в 4 раза. В течение всего детства нарастание веса не бывает строго равномерным; особенно заметное ускорение годичных весовых прибавок отмечается в период полового созревания. У мальчиков в возрасте 14—15 лет ежегодная прибавка веса повышается до 3—5 *кг*, а к 16—17 годам достигает 5,5—8 *кг*. У девочек ускоренное нарастание веса выявляется несколько раньше — в 9—12 и 13—15 лет.

Длина тела за первый год жизни увеличивается на 20—25 *см*, к 2 годам достигает 82—83 *см*, к 3 годам — 90—91 *см*. В дальнейшем средняя прибавка роста равна приблизительно 5 *см*. Первоначальная длина тела новорожденного удваивается к четырем с половиной годам и утраивается к 13—15 годам.

Конечно, вес и рост детей одного и того же возраста могут колебаться индивидуально в довольно широких пределах.

Правильное физическое развитие детей оценивается не только весом и длиной тела, но и правильными пропорциями.

Окружность головы у новорожденного на 1—2 *см* превышает окружность груди. К 5—6 месяцам (у более крепких и упитанных детей к 3—4 месяцам) окружности головы и груди сравниваются. В дальнейшем окружность груди всегда превышает окружность головы. Отдельные части тела ребенка растут неравномерно. Например, за весь период роста длина нижних конечностей увеличивается приблизительно в 5 раз, длина рук — в 4 раза, туловища — в 3 раза, а высота головы — только в 2 раза. Это, конечно, отражается на пропорциях тела ребенка.

Неправильное питание, недостаточное пользование воздухом и светом, неблагоприятные гигиенические условия жизни, недостаточные занятия физкультурой, заболевания и т. д. плохо отражаются на физическом развитии детей, на их осанке.

Здоровый ребенок, живущий в хороших условиях, наряду с физическим развитием должен развиваться правильно и в отношении психики и моторики.

**В возрасте 1 месяца** движения глаз становятся координированными. Ребенок фиксирует яркие предметы. Появляется улыбка. Ребенок пытается удерживать голову при вертикальном положении тела.

**В возрасте 2 месяцев** ребенок уже достаточно хорошо следит глазами за двигающимся предметом. Поворачивает голову на звук. Хорошо поднимает голову и удерживает ее полторы-две минуты в вертикальном положении. При лежании на животе приподнимает грудь. Улыбается на обращение взрослого, начинает гулить, удерживать предметы.

**В возрасте 3 месяцев** ребенок четко улавливает направление звука и поворачивает голову в его сторону. Лежа на животе, приподнимает туловище. Опираясь на локти и предплечье, переворачивается со спины на бок. Свободно держит голову. Тянет предметы в рот. Гуление становится более разнообразным.

**В возрасте 4 месяцев** исчезает физиологическая гипертония нижних конечностей. Приподнимаясь на руках, ребенок опирается только на ладони, поворачивается со спины на живот, делает «мост». Хватает, гладит и удерживает предметы. Гуление становится более длительным. Неудовольствие выражает хныканием.

**В возрасте 5 месяцев** ребенок отлично знает мать. Уверенно хватает предметы и тащит их в рот. Хорошо сидит, держась за что-либо руками (позвоночник при этом изгибается). В каждой руке удерживает по одному предмету не менее 20—30 секунд.

**В возрасте 6 месяцев** ребенок переворачивается с живота на спину. Сидит без поддержки. Пытается ползать на четвереньках. Поднимается на ноги при подтягивании за руки.

Хватает предметы одной рукой. Размахивает погремушкой. Поднимает выпавшую из рук игрушку. Делает первые попытки произносить слоги — «ба», «ма» и т. д.

**В возрасте 7 месяцев** сам поднимает и тянет в рот бутылочку, выпавшую из рук при кормлении. Поднимается на четвереньки, ползает, самостоятельно сидит, встает на колени, цепляясь руками за сетку кровати. Перекладывает предметы из руки в руку. Протягивает руки матери и знакомым. Появляются повторения слогов «ма-ма-ма», «ба-ба-ба» и т. д.

**В возрасте 8 месяцев** ребенок интересуется своим отражением в зеркале, улыбается ему. Ищет взглядом нужный ему предмет, выражает мимикой удивление, интерес и т. д. Сам садится и из сидячего положения ложится, встает, цепляясь за барьер, держась за спинку кровати. Делает попытки ходить.

**В возрасте 9 месяцев** ребенок пытается стоять без опоры и ходить за стулом. Хорошо ходит, поддерживаемый за обе руки. Садится из вертикального положения. Встает на колени. Ему уже доступны некоторые более точные движения, достает кубики из ящика, следит за падением бросаемых предметов, щелкает языком и т. д.

**В возрасте 10 месяцев** ребенок стоит и поднимается без опоры. Хорошо ходит за стулом, делает попытки ходить, держась лишь за одну руку. Открывает и закрывает дверцы. Не отдает отбираемую у него игрушку.

Ребенок называет упрощенными словами или слогами различные предметы, например корову — «му», собаку — «ав», автомобиль — «би-би» и т. д. Произносит наиболее простые слова — «мама», «баба», понимает запрещение.

**В конце 11—12 месяцев** пытается снять чулок. Приседает без опоры. Нагибается за предметом (без приседаний). Хорошо ходит, поддерживаемый за одну руку (11 месяцев), делает первые шаги без поддержки (12 месяцев). Знает названия многих предметов, указывает части тела. Произносит отдельные слова. Спит около 14—16 часов в сутки.

**На 2-м году жизни** ребенок начинает ходить более уверенно. Заметно обогащается запас слов. Рисует штрихами, охотно рассматривает картинки. Тушит свечу. Закрывает дверь. Интересуется обществом сверстников. Начинает играть мячом. Приучается к опрятности. Легко подчиняется требованиям взрослых.

**В возрасте от 2 до 3 лет** узнает на картинках предметы. Называет основные цвета. Задает взрослым бесконечные вопросы. Запоминает простейшие стишки. Запас слов достигает 250—300. Спит 12—14 часов в сутки.

**В возрасте от 3 до 4 лет** психическое развитие значительно совершенствуется. Ребенок начинает пользоваться многосложными фразами. Легко запоминает стишки. Проявляет

любознательность. Пытается рисовать человека, животных и т. д.

**В дошкольном возрасте (с 4 до 7 лет)** психическое развитие ребенка значительно дифференцируется и совершенствуется. Проявляется потребность в детском коллективе. Более определенно выявляются некоторые черты характера. К концу этого периода дети начинают читать, а многие даже и писать. Спят 12 часов.

Намеченные возрастные этапы психомоторного развития очень приблизительны. В зависимости от многих факторов, особенно от условий режима жизни и воспитания, они могут сильно варьировать.

Из других возрастных особенностей детей, до известной степени характеризующих нормальное их развитие, следует учитывать время закрытия родничков и прорезывание зубов. Приблизительно у одной четверти здоровых доношенных детей при рождении бывает открыт малый родничок. Закрывается он в течение первых 2—3 месяцев жизни. Большой родничок закрывается к году, самое позднее к полутора годам. У недоношенных детей оба родничка широко открыты при рождении и часто соединяются еще открытым стреловидным швом. Закрываются роднички значительно позже.

Сильное запаздывание закрытия родничков у доношенных детей и особенно увеличение их размеров уже при жизни ребенка, а также и слишком раннее закрытие большого родничка (в течение первого полугодия) всегда требуют обращения к врачу.

Сроки прорезывания зубов указаны в таблице 1.

Прорезывание зубов — акт физиологический. У некоторых детей, особенно с повышенной нервной возбудимостью, при прорезывании зубов бывает иногда незначительное общее недомогание: беспокойство, ухудшение сна, плохой аппетит, легкие диспепсические явления и даже кратковременное незначительное повышение температуры.

Это так называмое «трудное прорезывание зубов» никогда не вызывает, как часто думают, серьезных заболеваний и не должно сильно беспокоить родителей. При ухудшении аппетита не надо настаивать, чтобы ребенок съел все, что ему полагается. Вполне целесообразно даже освободить его от наиболее тяжелой пищи (мясо, яйца, большое количество овощей и т. д.). При повышении температуры надо дать аспирин или салициловокислый натрий.

Конечно, чтобы не ошибиться и не пропустить какое-то случайное заболевание, совпавшее с прорезыванием зубов, лучше обратиться к врачу.

При заболевании детей наряду с измерением температуры всегда желательно подсчитывать 1 раз в день пульс и число дыханий.

984—2

Таблица 1

Сроки прорезывания молочных и постоянных зубов

| | Резцы средние | Резцы боковые | Клыки | Малые коренные зубы (первые) | Малые коренные зубы (вторые) | Большие коренные зубы (первые) | Большие коренные зубы (вторые) | Зубы мудрости |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Молочные зубы: нижние | 6—8 мес. | 10—12 мес. | 18—20 мес. | 13—15 мес. | 22—24 мес. | — | — | — |
| верхние | 8—9 мес. | 9—11 мес. | 17—19 мес. | 12—14 мес. | 21—23 мес. | — | — | — |
| Постоянные зубы: нижние | 5,5—8 лет | 9—12,5 лет | 9,5—15 лет | 9—12,5 лет | 9,5—15 лет | 5—7,5 лет | 10—14 лет | 18—25 лет |
| верхние | 6—10 лет | 8,5—14 лет | 9—14 лет | 10—14 лет | 9—14 лет | 5—8 лет | 10,5—14,5 лет | 18—25 лет |

Пульс лучше подсчитывать 30—60 секунд на лучевой артерии правой или левой руки.

Число дыханий следует подсчитывать в течение одной минуты; делать это надо незаметно для ребенка, лучше всего, когда он спит. Если ребенок дышит поверхностно грудной клеткой, но более отчетливы движения живота — надо положить руку поверх одеяла и подсчитывать число дыханий по подъему и опусканию стенки живота.

Пульс и дыхание подсчитываются у ребенка, конечно, когда ребенок спокоен, не плакал, не кричал, не взволнован какой-либо неприятной медицинской процедурой или чем-либо другим.

Частота пульса и число дыханий у здоровых детей даны в таблице 2.

На одно дыхание у новорожденных детей в среднем приходится два с половиной-три пульсовых удара, у детей конца 1-го года жизни и более старших — 3—4 удара и, наконец, у взрослых — 4—5 сердечных сокращений. При повышении температуры тела приблизительно на 1° пульс учащается на 15—20 ударов (надо, однако, иметь в виду, что в этом отношении у детей возможны широкие индивидуальные колебания).

Если ребенок болен воспалением легких — дыхание учащается и соотношение между пульсом и дыханием изменяется. Например, у ребенка 10 лет при ангине с температурой 39° пульс 11 в 1 минуту, а число дыханий — 29, т. е. соотношение 4 : 1 (это говорит об отсутствии заболевания органов дыхания). Но если у ребенка, скажем, такого же возраста и при такой же температуре пульс 120 в 1 минуту, а дыханий 48 (т. е. соотношение 2,5 : 1), то это заставляет предполагать заболевание легких[1].

Таблица 2

| Возраст | Число дыханий в 1 минуту | Пульс в 1 минуту |
|---|---|---|
| От 2 нед. до 3 мес. | 40—45 | 130—140 |
| 4—6 месяцев | 35—40 | 130—135 |
| 7—12 » | 30—35 | 120—125 |
| 2—3 года | 25—30 | 105—115 |
| 5—6 лет | Около 25 | 90—100 |
| 10—12 » | 21—22 | 78—85 |
| 14—15 » | 18—20 | 70—78 |
| Взрослый | 15—16 | 60—70 |

[1] Более подробные сведения об особенностях физического и психомоторного развития ребенка можно найти в брошюре М. Я. Студеникина «Ваш малыш». М., «Знание», 1968.

## II. Доврачебная помощь и уход за заболевшим ребенком

### Повышение температуры тела

*Повышение температуры тела — один из наиболее ранних и наиболее частых симптомов большинства острых и многих хронических заболеваний детей всех возрастов.*

Даже при малейшем подозрении на заболевание ребенка, прежде чем вызвать из поликлиники своего участкового врача, надо измерить температуру. У здоровых детей всех возрастов она равна 36,5° с колебаниями в течение суток от 0,2 до 0,3°; утром температура тела обычно ниже вечерней. Сравнительно редко наблюдаются совершенно здоровые дети, у которых утренняя температура бывает ниже 35,5—36°. У других детей, наоборот, температура при полном здоровье всегда бывает несколько выше и колеблется в пределах 37—37,4°. Конечно, эти дети требуют тщательного обследования, и лишь при полном отсутствии каких-либо данных, говорящих о заболевании, и при совершенно нормальных анализах крови, мочи и т. д. могут быть признаны совершенно здоровыми.

Измерять ежедневно температуру у здоровых детей не надо. Уже по внешнему виду ребенка и его поведению заботливая и внимательная мать почти всегда легко заподозрит повышение у него температуры: самочувствие ребенка ухудшается, у маленьких детей появляется какое-то беспокойство или вялость, нередко — беспричинный плач, у более старших — необычные для ребенка капризы или жалобы. Дети отказываются от еды, кожа краснеет, на ощупь становится горячей, глаза лихорадочно блестят, замечаются и другие признаки заболевания.

Молодой и еще совсем неопытной матери можно посоветовать лишь в первые дни по возвращении из родильного дома регулярно, утром и вечером, измерять температуру у своего первенца. Но уже через несколько дней мать хорошо распознает температуру на ощупь и по окраске кожи ребенка, его поведению, по тому, как он берет грудь, спит и т. д.

Температуру от 37 до 38° называют субфебрильной, или слегка повышенной, от 38 до 39° — умеренно высокой, от 39 до 40° — высокой и выше 40,0—40,5° — очень высокой. Не

всегда степень повышения температуры говорит о серьезности или тяжести заболевания. Надо учитывать общее состояние ребенка, его самочувствие, жалобы и наличие других признаков болезни — насморк, кашель, рвоту и т. д.

Дети, как правило, легко переносят подъем температуры, часто повышающейся у них даже от самых незначительных причин. Не только различные заболевания, но и дефекты ухода и другие случайные причины могут вызывать кратковременное (но иногда значительное) повышение температуры тела у детей (особенно в раннем возрасте). Любое перегревание ребенка вредно. Но особенно нужно осторожно относиться к перегреванию на солнце. Весной и в начале лета, когда уже солнце достаточно хорошо греет, часто приходится видеть маленьких детей, одетых еще тепло, по-зимнему.

Не только у маленьких, но и у старших детей длительное пребывание на солнце легко вызывает перегревание с повышением температуры. Особенно осторожно надо проводить солнечные ванны. К ним нельзя приступать без предварительного разрешения врача.

Недостаточное питье воды при высокой температуре воздуха и повышенном потении приводит к перегреванию организма ребенка. Такие же явления наблюдаются при энергичных физических упражнениях, длительных играх, продолжительных прогулках и т. д.

Что же надо делать при повышении температуры у ребенка до прихода врача?

Ребенка следует раздеть и уложить в кровать (но не нужно его излишне закутывать или слишком туго пеленать). Лучше не кормить ребенка в это время (особенно, если он не хочет есть), но надо больше давать ему пить. Не надо бояться доступа свежего воздуха в комнату больного.

Повышение температуры у более старших детей нередко сопровождается ознобом, а у детей раннего возраста — заметным побледнением кожи. В этих случаях ребенка надо хорошо укрыть одеялом, положить грелку к ногам и напоить горячим чаем.

*Следует ли до прихода врача давать жаропонижающие и другие лекарства? Нет. В большинстве случаев лучше воздержаться, так как характер температуры, степень повышения ее и особенности колебаний имеют важное диагностическое значение для врача.* Неправильно назначенное лекарство часто может принести и вред. Например, острый аппендицит обычно сопровождается повышением температуры и болями в животе. Назначение больному слабительного или сделанная клизма могут стать причиной катастрофы в брюшной полости.

Конечно, в тех случаях, когда температура очень высокая, а прибытие врача несколько задерживается — можно и до

его прихода дать жаропонижающее (лучше всего аспирин или салициловокислый натрий, которые всегда следует иметь в домашней аптечке в дозах, необходимых ребенку по его возрасту). *Такие препараты, как антибиотики и сульфаниламидные, до прихода врача лучше не давать ребенку.*

Холод на лоб и легкие сердечные, например валерьяновые капли, можно назначить и до прихода врача, если у ребенка при высокой температуре болит голова и сильно учащен пульс.

## Озноб и пот

Как уже было сказано, повышение температуры, особенно у старших детей, очень часто сопровождается **ознобом.** Больного при этом надо быстро согреть, хорошо укрыв его одеялами, обложить грелками и напоить горячим чаем (или заварить сухую малину). Когда озноб пройдет и повысится температура, надо, конечно, убрать грелки и лишнее одеяло.

Очень часто озноб заканчивается обильным **потом.** Ребенка надо хорошо обтереть сухим полотенцем и сменить рубашку, а иногда — и простыню и наволочку на подушке.

Часто при некоторых заболеваниях дети потеют и без озноба. Многие практически совершенно здоровые дети (но с несколько повышенной возбудимостью нервной системы) потеют в начале сна. В этих случаях ребенка, конечно, надо переодеть.

## Боли в животе

К числу наиболее частых жалоб детей надо отнести жалобы на **боли в животе.**

Дети грудного и раннего возраста на боль в животе реагируют плачем, беспокойством, «сучат ножками», отказываются от еды. Эти нарушения самочувствия нередко сочетаются с вздутием живота, усиленным отхождением газов, со срыгиваниями и появлением учащенного и жидкого стула. Иногда, наоборот, боли возникают при запорах и избыточном скоплении газов в кишечнике.

Боли в животе у детей всех возрастов требуют внимательного отношения, хотя они часто бывают самого невинного характера. Так, дошкольники и школьники нередко жалуются на боли в животе после сильной беготни или подвижных игр. Локализуются они чаще всего слева в области селезенки, реже справа — в области печени. Возможно, они связаны с несколько повышенной подвижностью указанных органов при слабо развитом связочном аппарате (или в результате изменения кровенаполнения их). Боли быстро стихают, если ребенок отдохнет, они никогда не сопровождаются други-

ми отрицательными симптомами и нарушением общего самочувствия.

Некоторые дети, даже старшего возраста, далеко не всегда правильно указывают, где у них болит. Часто боли, возникающие в грудной клетке (например, при воспалении легких), субъективно воспринимаются ими как боль в животе. Иногда боли в животе — результат перенапряжения мышц живота после физических упражнений.

Сравнительно часто, особенно у детей дошкольного и школьного возраста, боли возникают сразу или вскоре после приема пищи. Чаще всего они связаны с дефектами питания, а иногда — и воспитания. Например, слишком жирная или острая пища, беспорядочный избыточный ее прием нередко приводят к нарушению пищеварения и связанным с этим болевым ощущением. Порой дети, стараясь скорее встать из-за стола, жалуются на боли, якобы появившиеся в животе. С этим часто приходится встречаться, когда ребят наказывают или угрожают наказанием за недостаточную активность в еде.

Боли в животе, хотя и не очень сильные, но регулярно или достаточно часто появляющиеся сразу после еды или через некоторое время после нее (или натощак), всегда требуют внимательного врачебного обследования, так как они нередко связаны с заболеваниями желудка, кишечника, печени, глистными инвазиями и другими патологическими причинами. В этих случаях уместны и некоторые доврачебные мероприятия (например, грелки на живот, клизмы и др.).

Совсем другое отношение должно быть к остро появившимся болям в животе, особенно если они возникают приступами, сопровождаются повышением температуры, тошнотой, рвотой, нарушением самочувствия ребенка и т. д.

Такие боли, раньше никогда у ребенка не наблюдавшиеся, могут быть связаны с инфекционным заболеванием кишечника (дизентерия, колиэнтерит, острая диспепсия), аппендицитом, непроходимостью кишечника и другими острыми заболеваниями.

*В этих случаях надо немедленно вызвать врача неотложной или скорой помощи. До прихода врача ни в коем случае не давать ребенку слабительного или болеутоляющего лекарства (например, белладонны, опия и др.), не ставить клизму и не прибегать к грелкам.*

Излишне активное доврачебное лечение не только часто затрудняет диагноз, но нередко может привести к значительному, а иногда — непоправимому осложнению возникшего заболевания.

При таких проявлениях остро возникшего заболевания, протекающего с болями в животе, ребенка надо уложить в постель, измерить температуру. *До прихода врача кормить*

*ребенка не нужно,* надо лишь часто поить его водой (небольшими порциями). При упорных рвотах или тошноте можно дать несколько капель валерьяновой настойки (по 1 капле на каждый год жизни ребенка).

## Срыгивания и рвоты

**Срыгивания** очень часто наблюдаются у детей особенно первого полугодия жизни. Иногда они весьма незначительны, нисколько не отражаются на физическом развитии и самочувствии ребенка. Некоторые старые врачи даже говорили — «хорошее дитя срыгивает». Такие срыгивания в большинстве случаев не требуют никакого вмешательства.

Конечно, значительно чаще срыгивание у грудного ребенка — это все-таки некоторое уклонение от нормы, большей частью связанное с той или другой вполне определенной причиной, требующей устранения. Чаще всего срыгивание — результат перекорма вследствие излишне длительного держания ребенка у груди при каждом кормлении или избыточного количества молока у матери, когда ребенок даже за несколько минут высасывает слишком много молока. Особенно часто отмечается перекорм при искусственном или смешанном вскармливании.

К числу частых причин срыгивания надо отнести беспорядочное кормление или неправильное кормление (например, слишком раннее назначение тертого сырого яблока, фруктовых, ягодных и овощных соков, цельного молока или кефира). Некоторые дети слишком быстро сосут, плохо захватывают плоский сосок материнской груди и при этом заглатывают большое количество воздуха. Такое же возможно и при кормлении ребенка из бутылочки, когда при неправильном положении ее или при слишком большом отверстии в резиновой соске ребенок высасывает не только молоко, но и воздух.

Указанные причины обязательно надо устранить, ибо неправильное кормление легко приводит или к нарушению пищеварения (вызывает диспепсию), или к недоеданию ребенка и нарушению нормального нарастания его веса.

При заглатывании воздуха кратковременное вертикальное положение ребенка после каждого кормления помогает выделению воздуха без срыгивания молока.

Более серьезным нарушением благополучия ребенка является **рвота.**

Те же причины, которые вызывают срыгивание (например, избыточное или неправильное кормление), если их не устраняют своевременно, легко приводят к расстройствам пищеварения — простой и даже токсической диспепсии, как правило,

протекающим с более или менее частыми или редкими рвотами.

На любое расстройство пищеварения у грудных детей надо смотреть как на заболевание серьезное, требующее совета врача. До прихода врача ребенка не надо кормить, а лишь давать ему пить слегка подслащенный слабый чай. Конечно, самое главное — профилактика рвот, что, как правило, обеспечивается соблюдением правильного режима жизни и питания грудных детей с первых дней их жизни.

Однако бывают случаи, когда при правильном грудном вскармливании некоторые дети обильно срыгивают или у них бывает даже рвота после каждого или почти после каждого кормления. У одних детей это наблюдается с первых дней, у других — рвоты появляются к концу 2—3-й недели жизни, постепенно усиливаются к концу месяца и принимают характер «рвоты фонтаном».

В этих случаях речь скорее всего идет о **спазме привратника желудка (пилороспазм)**, либо же **о сужении привратника желудка (пилоростеноз).** И при пилороспазме и при пилоростенозе нарастание веса сперва задерживается, а потом начинает быстро снижаться. К концу первого месяца жизни при пилоростенозе дети нередко весят меньше, чем при рождении.

Пилороспазм и особенно пилоростеноз — весьма серьезные заболевания. Ни в коем случае нельзя допускать длительной задержки и снижения веса ребенка. Необходимо раннее обращение к врачу. Как правило, нужно обследовать ребенка в больнице. Пилоростеноз в большинстве случаев требует оперативного вмешательства. Бояться и откладывать операцию не надо, так как своевременное проведение ее не представляет опасности и обеспечивает ребенку полное выздоровление. Наоборот, сильное истощение всегда крайне нежелательно, оно надолго задерживает нормальное физическое и психомоторное развитие ребенка, и, конечно, операция, сделанная сильно истощенному ребенку, значительно хуже переносится, чем сделанная своевременно.

Рвоты сравнительно часто наблюдаются и у старших детей. Иногда от грубой, острой и жирной пищи (два-три дня давать нежирный бульон, вареную курицу, манную кашу, белые сухари).

При рвотах у детей-невропатов необходимо обратить внимание на лечение основного заболевания.

У многих детей бывает рвота при любом повышении температуры, родители обычно знают эту особенность своего ребенка. Все внимание и в этих случаях должно быть направлено на лечение заболевания, протекающего с повышенной температурой.

*Надо помнить и о том, что рвота — иногда ранний симп-*

*том серьезного заболевания: скарлатины, гепатита, менингита, энцефалита, аппендицита и др.*

Если привычные рвоты у детей-невропатов или рвоты после вполне определенной погрешности в диете (без других симптомов заболевания) не требуют срочного обращения к врачу, то такие же явления у детей, не склонных к рвотам, особенно если они возникают повторно, сопровождаются повышением температуры, головной болью, болями в животе и другими симптомами общего заболевания — требуют срочного вызова врача. До его прихода надо воздержаться от приемов пищи, слабительных, клизм и других терапевтических вмешательств, которые могут затемнить диагноз, а иногда и повредить заболевшему ребенку.

Никогда не нужно создавать атмосферу тревоги около ребенка. Ребенка надо успокоить, можно, не дожидаясь прихода врача, дать ему несколько (столько — сколько ему лет) капель валерьяновой настойки.

## Судороги

У некоторых здоровых детей всех возрастов (но значительно чаще у малышей) при высокой температуре тела иногда наблюдаются общие **судороги.** Это так называемые **функциональные судороги.** Чаще всего они возникают в начале заболевания при нарастании температуры и обычно довольно быстро прекращаются, как правило, не оставляя никаких последствий и не отражаясь на дальнейшем развитии ребенка.

Появление судорог требует немедленного вызова скорой помощи и госпитализации больного. До приезда врача надо стараться снизить температуру тела ребенка назначением жаропонижающего, а на голову положить холодную примочку. Необходимо следить, чтобы ребенок во время судорог не ударился, не упал с кровати и не прикусил язык (для чего вставить в рот между верхними и нижними коренными зубами черенок чайной или десертной ложки, обернутый марлей или ватой).

Если в прошлом судороги у ребенка при высокой температуре уже были, надо стараться жаропонижающими не дать высоко подняться температуре, а при первых подергиваниях мышц лица и других мышечных групп поставить клизму с хлоралгидратом, которую следует срочно заказать или держать в домашней аптечке.

Особенно часто **общие судороги** или **судороги мышц голосовой щели** (ларингоспазм, «заходится» ребенок при плаче) наблюдаются у детей в возрасте 6—24 месяцев, страдающих рахитом (если ребенок не получал противорахитической профилактики или терапии, мало бывал на воздухе и неправильно вскармливался).

Во время общих судорог и приступов ларингоспазма нельзя теряться и оставлять ребенка одного. Надо ритмично и осторожно сжимать его грудную клетку около 30 раз в минуту (проводить искусственное дыхание). При общих судорогах — показана клизма с хлоралгидратом.

Дети, страдающие эпилепсией, должны находиться под наблюдением невропатолога и систематически получать назначаемое им лечение.

## Заболевания «простудные» и органов дыхания

Относительная узость носовых ходов, верхних дыхательных путей и бронхов, склонность слизистых оболочек к набуханию и другие особенности делают детей (особенно раннего возраста) предрасположенными к заболеваниям органов дыхания. К этому надо добавить и несколько пониженную сопротивляемость организма маленьких детей к случайным инфекциям, всегда играющим существенную роль при так называемых простудных заболеваниях.

Особенно часто болеют дети, мало бывающие на свежем воздухе, излишне закутываемые при прогулках не только в холодное, но и в прохладные времена года и тщательно оберегаемые родителями от всяких закаливающих процедур воздухом и водой.

Чаще всего дети всех возрастов болеют **катаром верхних дыхательных путей:** появляются чихание, насморк, кашель, несколько нарушается самочувствие ребенка. Температура повышается до 37,5—38°, иногда — несколько выше (но может оставаться и нормальной). У грудных детей при набухании слизистой носа нарушается кормление материнской грудью.

В большинстве случаев катар — сравнительно невинное заболевание: ребенок простудился. Многие опытные родители в этих случаях ограничиваются домашними средствами и не вызывают врача.

При заболевании катаром старших детей, как правило, достаточно оставить их дома, не пустить в детский сад или в школу, а также на улицу, уложить в постель, ограничиться назначением домашних средств (аспирин, капли от насморка и микстура от кашля). Через 5—6 дней (а нередко и скорее) заболевание заканчивается полным выздоровлением.

Однако надо помнить, что *катар верхних дыхательных путей у маленьких детей* (особенно первого года жизни) *сравнительно часто осложняется расстройством пищеварения, воспалением среднего уха и даже — воспалением легких.*

К тому же далеко не всегда можно с первых часов болезни отличить катар от более серьезных заболеваний вирусной этиологии, гриппа, ангины и даже кори. Вот почему, если

самочувствие ребенка заметно нарушено, хотя температура может быть и не очень высокой — надо обращаться к врачу для уточнения диагноза и лечения. Это делать тем более необходимо во время эпидемических вспышек гриппа (так как легкое начало далеко не всегда исключает тяжелое течение заболевания в дальнейшем).

Маленькому ребенку при насморке надо осторожно вытирать нос мягким носовым платком, не причиняя ему боли. Более старших детей нужно приучить сморкаться правильно, зажимая одну ноздрю и освобождая от выделяемого другую (при сморкании обеими ноздрями легко возникают осложнения со стороны ушей). Кожу вокруг носа и верхнюю губу следует смазывать вазелином или каким-либо кремом для рук.



При закапывании капель в нос ребенок лежит на спине без подушки, в каждую ноздрю вводят из пипетки назначенное количество капель.

Больной ребенок получает обычное для него питание, но оно может быть и несколько ограничено, если у ребенка понижен аппетит. *При повышенной температуре следует увеличить количество питья.* Детям грудного возраста, если насморк сильно затрудняет сосание, надо давать сцеженное материнское молоко с ложечки, а не из бутылочки с резиновой соской, так как дети очень легко привыкают к такому кормлению и потом начинают плохо сосать грудь матери.

При кашле, вызываемом **трахеитом** (грубый, «лающий» кашель, обычно без выделения мокроты) или **бронхитом** (часто с отделением мокроты), по назначению врача делают горчичники, согревающие компрессы, ингаляции. Наряду с этими назначениями (особенно при сухом грубом кашле) целесообразно 2—3 раза в день давать детям пить теплое моло-

ко, разбавленное наполовину боржомом или с небольшим количеством соды (одну треть чайной ложки на полстакана молока).

Иногда дети продолжают изредка кашлять (особенно по утрам), хотя температура уже несколько дней нормальная и ребенок чувствует себя отлично. В таких случаях детям все равно можно разрешать гулять на свежем воздухе.

*Родителям следует всегда помнить, что после любого заболевания необходимо разрешение врача (там, где его нет — фельдшера) на посещение ребенком детских учреждений.*

**Воспаление легких** особенно у детей раннего возраста, как правило, является показанием к больничному лечению. Если домашние условия и состояние больного ребенка позволили врачу оставить его дома, необходимо строго выполнять все сделанные им назначения и указания.

Ребенок, конечно, остается в постели. Голова и грудная клетка его должны быть слегка приподняты, но положение тела надо менять чаще (маленьких детей следует брать на руки, более старшим — разрешать сидеть или полусидеть). Если больной ребенок лежит все время на спине или на одном боку, легко возникают застойные явления в легких, которые ухудшают течение воспалительного процесса и способствуют появлению новых очагов пневмонии.

Комнату больного надо хорошо проветривать 2—3 раза в день в холодное время года, а в теплое — окно или форточка могут оставаться открытыми почти весь день. Температура в комнате не должна быть высокой, достаточно 18—20°.

Одежда ребенка должна быть свободной, чтобы не стеснять его дыхания, ни в коем случае нельзя туго пеленать грудных детей. Если ребенок потеет — надо чаще менять белье. Утром и вечером нужно теплой водой вымыть ребенку лицо, шею и руки; старшие дети должны чистить зубы и полоскать рот. При затянувшемся течении пневмонии не надо бояться туалетной ванны.

*Лечебные ванны — только по назначению лечащего врача.*

Пища ребенка должна соответствовать его возрасту. Мясо следует ограничить. Достаточно давать легко усваиваемые углеводы и жидкости (чай, соки), молоко в умеренном количестве.

При отсутствии самостоятельного стула и вздутии живота — очистительная клизма.

Очень желательна легочная гимнастика (1—2 раза в день). Все лекарственные назначения, горчичники, банки и т. д. — только по назначению лечащего врача.

Надо обращать особое внимание на тщательное долечивание больного ребенка, но его не следует отождествлять со слишком долгим постельным режимом и воздержанием от прогулок на свежем воздухе.

Повторные пневмонии, особенно у детей грудного и раннего возраста, способствуют развитию у них **хронического воспаления легких.** Эти дети должны находиться под систематическим наблюдением детского участкового врача (в некоторых поликлиниках есть специальные пульмонологические кабинеты, на учете которых и состоят дети с хронической пневмонией). Очень желательно периодическое направление таких детей в санатории. Но основная роль в правильном лечении и воспитании детей, больных хроническим воспалением легких, конечно, принадлежит родителям. Чаще всего этих детей изнеживают «тепличным» воспитанием. Главная задача — предупреждать повторные воспаления легких, а это достигается систематическим закаливанием свежим воздухом, водой, лечебной гимнастикой и умеренным спортом, соответствующим возрасту ребенка, его физическому развитию и особенностям его заболевания [1].

Конечно, все эти режимные моменты должны быть назначены врачом.

Само собой понятно, дети, страдающие хронической пневмонией, должны получать полноценное, но не избыточное питание. Излишняя полнота не укрепляет, а скорее снижает сопротивляемость организма, делает ребенка менее подвижным, что в конечном итоге отрицательно сказывается на его здоровье.

Нередко, особенно в последнее время, у детей наблюдаются **бронхиальная астма** или более легкая форма этого же заболевания — **астматический бронхит.**

Все сказанное о режиме физического воспитания и о закаливании детей с хроническим воспалением легких должно быть отнесено и к детям, страдающим астматическими явлениями. Особенно большое внимание надо уделять систематически проводимой дыхательной гимнастике (детей приучают делать возможно более длительный выдох).

Приступы астмы связаны с повышенной чувствительностью к так называемому аллергену. Аллергеном может быть то или другое пищевое вещество (например — яйца, шоколад, земляника и др.), запахи (табачный дым, запах некоторых цветов, духи и т. д.), некоторые пылевые вещества (пыльца злаков во время цветения и др.), медикаменты.

Всегда надо постараться выяснить тот фактор, к которому ребенок имеет повышенную чувствительность. Фактор, непосредственно провоцирующий приступ астмы — простуда (чаще, когда ребенок вспотеет на улице, охладится, побегает на ветру и т. д.). Закаливание и должно предупреждать эту чувствительность детей к случайным охлаждениям.

---

[1] Рекомендуем прочитать брошюру Э. И. Аршавской и В. Д. Розановой «Физиология и физкультура». М., «Знание», 1968

В патогенезе (механизме) астматического приступа существенную роль играет и нервная система. Большое внимание надо уделять правильному режиму жизни и воспитанию больного ребенка. Он должен достаточно гулять, вовремя ложиться спать, избегать ежедневного созерцания передач по телевизору. Необходим спокойный педагогический подход к нему. Ребенок не должен бояться своей болезни, ему надо внушать уверенность, что заболевание пройдет, если он будет выполнять все назначения врача.

Во время приступа астмы не надо создавать атмосферу тревоги и паники около больного, а, наоборот, стараться его успокоить. В большинстве случаев в семье бывает известно, какое средство помогает больному, смягчает и обрывает приступ. При тяжелых приступах, если обычно помогающее средство не дает облегчения, нужно вызвать скорую или неотложную помощь.

*Надо стараться предупредить тяжелый астматический приступ* при появлении первых его симптомов, когда у ребенка появляется шумное дыхание, кашель, затрудненный и удлиненный выдох. Более старшие дети почти всегда сами чувствуют приближение приступа, маленькие дети проявляют некоторое беспокойство.

При этих первых симптомах следует начать давать лекарства, раньше рекомендованные врачом и помогавшие ребенку при предыдущих приступах (димедрол, эфедрин, теофедрин, супрастин, салутан и др.). Часто помогают банки. Горчичников лучше избегать.

**Ложный круп** — заболевание не очень частое, но всегда сильно пугающее и самого больного и всех его окружающих. Чаще всего ребенок, ложившийся спать здоровым или с легкими явлениями катара верхних дыхательных путей, просыпается внезапно среди ночи с грубым лающим кашлем и с признаками тяжелого удушья. Причина приступа — рефлекторный спазм голосовых связок вследствие накопления под ними слизи или отек гортани.

Чаще всего болеют дети раннего или дошкольного возраста, склонные к проявлениям экссудативного диатеза или другим аллергическим реакциям.

Необходимо без всякой паники вызвать скорую помощь, а до ее приезда обеспечить доступ свежего воздуха в помещение, дать ребенку теплое питье и постараться вызвать у него рвоту (это часто обрывает приступ, вызванный слизью под голосовыми связками). К икрам надо приложить горчичники или сделать горячую ножную ванну, дать ребенку подышать теплым паром.

Если нормальное дыхание быстро не восстанавливается, надо немедленно направить ребенка в больницу. Детям, у которых уже раньше бывали приступы ложного крупа, при

наличии даже легких катаральных явлений следует дать перед сном горячее питье и все подготовить на случай доврачебной помощи при приступе.

## Желудочно-кишечные заболевания (расстройства пищеварения)

**Диспепсия** (простая) у грудных детей чаще всего возникает в результате количественно или качественно неправильного питания. В некоторых случаях диспепсия может быть как осложнение при другом заболевании (например, при катаре верхних дыхательных путей, при пневмонии и т. д.), протекающем с повышенной температурой. Это так называемая **парэнтеральная диспепсия.**

При первых признаках диспепсии (учащенный жидкий стул, срыгивание, вздутие живота) надо обратиться к врачу, а до его прихода — прекратить кормление ребенка на 10—12 часов. Длительность такого временного голодания ребенка зависит от тяжести диспепсических явлений, упитанности ребенка и способа вскармливания его. В период голодания следует назначать подслащенную воду, 3-процентный рисовый отвар или физиологический раствор поваренной соли.

Первые 2—3 дня после голодания ребенку дают уменьшенное количество пищи. Если он был на грудном или смешанном вскармливании, ему первое время назначают только молоко матери (сначала в сцеженном виде или же ограничивая длительность держания ребенка у груди). Лишь постепенно ребенка переводят на обычное для него питание.

Поспешность здесь очень вредна, так как досрочное возвращение ребенка к обычному питанию нередко приводит к новому обострению и даже к возникновению еще более опасных для его жизни токсических явлений.

В период диетического лечения надо давать ребенку пепсин с соляной кислотой.

**Диспепсия токсическая** у грудных детей чаще всего возникает в результате неправильного питания, несвоевременного и неправильного лечения простой диспепсии. Особенно часто — при преждевременном возвращении на обычное питание после чайной (голодной) диеты. Токсическая диспепсия — часто следствие попадания в пищу инфекционных возбудителей.

Состояние ребенка быстро ухудшается, он становится вялым или необычно капризным. Стул частый, брызжущий. Появляется рвота. Вес резко падает. Временами ребенок может терять сознание.

*Токсическая диспепсия — состояние очень опасное для жизни. Необходимо срочно обратиться к врачу и госпитали-*

*зировать ребенка. Оставлять его дома нельзя, так как в домашних условиях невозможно провести необходимое лечение.*

До госпитализации надо прекратить кормление не менее чем на 24 часа и в это время поить ребенка кипяченой водой (слегка подсахаренными чаем, морковной смесью или физиологическим раствором поваренной соли). Жидкость давать маленькими порциями, по 1—2 чайной ложки каждые 10—15 минут или закапывать в рот из пипетки через каждые 3—5 минут.

За время чайной диеты ребенок должен получить не менее 100—120 *мл* жидкости на каждый килограмм его веса.

Надо помнить, что картиной токсической диспепсии могут начинаться инфекционные заболевания (дизентерия и коли-энтерит). Поэтому нужно тщательно дезинфицировать испражнения ребенка кипячением пеленок и оберегать других детей в семье от инфицирования.

Из больницы ребенка нельзя брать домой до полного его выздоровления, т. е. до тех пор, пока он не будет постепенно переведен на обычное для его возраста питание.

**Гастрит острый, гастроэнтерит и энтероколит у старших детей** в большинстве случаев вызываются грубыми погрешностями в питании. Никогда нельзя исключить роль и инфекции — сальмонелл (особенно при употреблении недоброкачественной пищи), дизентерии и других бактерий. Далеко не всегда, особенно в начале заболевания, можно говорить об изолированном гастрите (воспаление слизистой желудка), энтерите (поражение тонкого кишечника) и колите (заболевание толстого кишечника). Чаще всего приходится ставить диагноз гастро-энтеро-колит с преобладанием поражения одного из этих отделов пищеварительного тракта.

Заболевание проявляется болями в животе, тошнотой, рвотой, жидким стулом различной частоты и характера, с большей или меньшей примесью слизи.

*Всегда надо обратиться к врачу и посадить ребенка на голодную диету.* Если ясна причина заболевания (погрешность в диете, испорченная пища), можно назначить касторовое масло, английскую или глауберову соль. *Если причина не ясна, преобладают схваткообразные боли в животе — можно думать об аппендиците, и в этом случае до осмотра врачом ни в коем случае слабительных не давать и клизм не ставить.*

Длительность голодной диеты от 12 до 24 часов. В это время — обильное питье воды, чая. По окончании чайной диеты назначают слизистые супы, бульон, кисель, чай с простыми белыми сухарями. С 3—4-го дня прибавляют кефир, каши, протертое вареное мясо или рыбу, овощное пюре, а затем, если объективные и субъективные данные позволяют,

переходят на стол, обычный для возраста ребенка. Медикаментозную терапию (салол, бензонафтол, висмут и т. д.) необходимо проводить только по указанию врача.

## Ангина

Некоторые дети, особенно с гипертрофированными миндалинами («гландами»), часто болеют **ангиной.**

Наиболее надежная профилактика этой болезни — *систематическое закаливание ребенка, выработка устойчивости к охлаждению и другим вредностям.* Детей, страдающих гипертрофией миндалин, хроническим тонзиллитом и аденоидами, надо обязательно показать специалисту по болезням уха, горла и носа. Вопрос об оперативном удалении миндалин должен решать консилиум педиатра, постоянно наблюдающего за ребенком, и отоларинголог.

Следует приучать детей регулярно полоскать горло.

Ангина — инфекционное заболевание, поэтому больного надо изолировать. *Следует знать, что с ангины нередко начинаются многие другие инфекционные болезни.* Поэтому во всех случаях надо обязательно пригласить врача, который бы осмотрел больного. В большинстве случаев необходимо исследовать слизь из носа и зева на **дифтерийную палочку.**

При лечении обязателен постельный режим в течение всего лихорадочного периода (и еще 2—3 дня при нормальной температуре). Пища — жидкая, кашицеобразная. Полоскание зева — раствором борной кислоты (1 чайная ложка на стакан воды), соды (1 чайная ложка на стакан воды), раствором фурациллина или грамицидина. Из медикаментов назначают аспирин и стрептоцид, которые могут быть даны до прихода врача. Вопрос о приеме пенициллина и других антибиотиков, назначаемых как внутрь, так и инъекциями, решает только врач.

## Ревматизм

У ребенка, часто болеющего ангиной, появление повышенной температуры без определенной причины, потеря аппетита, бледность, легкая утомляемость должны насторожить, так как речь идет о возможности заболевания **ревматизмом.** Появление острых болей в одном-двух суставах, летучесть этих болей, покраснение и припухлость заболевших суставов делают бесспорным диагноз суставного ревматизма.

*Любая форма острого ревматизма требует больничного лечения.* Домашние условия, даже самые благоприятные, как правило, не могут обеспечить правильного режима и лечения.

При подозрении на ревматизм больного надо уложить в постель, измерить температуру и вызвать врача. При силь-

ной болезненности суставов — положить сухую повязку с ватой и дать аспирин в дозе, обычной для возраста заболевшего ребенка.

По окончании больничного лечения (но не раньше чем через два-два с половиной месяца от начала заболевания) больного желательно перевести для долечивания в местный ревматический санаторий.

Если это не удается, ребенка можно взять домой, но при этом необходимо обеспечить ему режим более или менее приближающийся к санаторному. Этот режим (длительность пребывания в течение суток в постели и на ногах, физические упражнения, продолжительность прогулок и т. д.) всегда должен уточнить врач, лечивший ребенка в больнице.

В этот период надо измерять температуру, повторно исследовать РОЭ и регулярно показывать ребенка врачу для проведения сердечно-сосудистых функциональных проб. Два-три месяца ребенок не должен посещать детский сад или школу.

Если у ребенка не осталось никаких последствий от перенесенного заболевания, можно постепенно расширять физические нагрузки (катание на велосипеде, настольный теннис и др.). *Однако в течение года купаться в реке, принимать солнечные ванны, ездить на юг нельзя.*

Следует остерегаться значительных охлаждений, случайных заболеваний (особенно ангин). При таких случайных заболеваниях надо обязательно лежать и принимать аспирин три раза в день (при температуре 3—4 дня после того, как она нормализуется).

По выздоровлении необходимо проверить РОЭ.

Дети, перенесшие ревматизм, должны находиться под систематическим наблюдением врача-ревматолога поликлиники. Обязательно 2 раза в год (осень и ранняя весна) надо проводить противорецидивную профилактику: прием аспирина и бициллина. Эти назначения, конечно, делает врач.

## Малокровие (анемия)

Периодически (1—2 раза в год) каждому ребенку следует делать общий анализ крови, мочи и анализ кала на яйца глистов. Если ребенок бледен, вял, плохо ест или у него бывают небольшие, внешние беспричинные повышения температуры — необходимо обратиться к врачу поликлиники и сделать все указанные анализы. Если у ребенка количество гемоглобина меньше 70 единиц, а число красных кровяных телец меньше 4 миллионов — у ребенка **малокровие.**

Наиболее предрасположены к анемии дети раннего возраста (с 5—7 месяцев и до 3 лет). Особенно часто малокровие наблюдается у недоношенных детей. Неправильное пи-

тание, чаще всего избыточное употребление молока — наиболее частая причина малокровия у детей раннего возраста. У детей более старших малокровие возникает, если они мало бывают на воздухе, неправильно питаются, часто болеют и заражены глистами.

Эти наиболее частые причины анемии можно устранить. Необходимо уменьшить количество молока (кефира) и давать ребенку не более пол-литра в сутки (включая количество молока, употребляемое для приготовления блюд). Необходимо также, чтобы в пище ребенка было достаточно мяса, овощей, фруктов, ягод. Надо избегать избытка масла, а также свинины, баранины и других продуктов, богатых жирами.

Дети должны много времени бывать на воздухе, участвовать в подвижных играх, заниматься легкой физкультурой и спортом. Все эти назначения варьируют, конечно, в зависимости от возраста ребенка. Длительность сна надо увеличить. Целесообразно проводить и медикаментозное лечение (препараты железа, гемостимулин, поливитамины, витамин $B_6$ и др.), которое назначает врач.

## Диатез экссудативный

**Диатез экссудативный** — одно из частых аллергических состояний у детей, он проявляется различными поражениями кожи: опрелости, корочки на волосистой части головы (себорея), сухая и мокнущая экзема; со стороны слизистых оболочек — склонность к насморку, бронхиту, диспепсии.

Основное внимание надо обратить на профилактику появления изменений кожи. Родители могут установить, какая пища способствует их обострению и усилению. Таким детям нельзя давать много молока, яичный белок, шоколад, икру, сыр, много жареного мяса, землянику, цитрусовые. Зато они хорошо переносят овощи, яблоки, груши, белое мясо, кефир и яичный желток. Детям надо подбирать диету, которая обеспечивает необходимое для правильного физического развития количество белков, жиров и углеводов, но вместе с тем не вызывает изменений со стороны кожи и слизистых оболочек.

Медикаментозное лечение, конечно, должен уточнить врач консультации или консультант-дерматолог.

Из средств домашней аптечки можно назначить хлористый кальций или глюконат кальция, поливитамины (особенно витамин $B_6$). Надо иметь в виду, что мази применяют лишь при отсутствии мокнутья кожи. Время от времени следует одну мазь заменять другой, так как средство, раньше хорошо помогавшее, часто со временем перестает оказывать

положительное влияние. Если кожа мокнет (мокнущая экзема), надо применять примочки по указанию врача.

Следует испробовать ванны с чередой, дубовой корой, крахмальные и ванны с марганцевокислым калием.

Кожные проявления диатеза летом часто стихают, но надо помнить, что в отношении солнца эти дети проявляют повышенную чувствительность.

**Опрелости** часто наблюдаются у грудных детей. Ежедневные ванны, тщательное обсушивание кожных складок в пахах, смазывание жиром или вазелином под мышками, на шее, частая смена и чистота белья — основные моменты профилактики.

Тугое пеленание и излишнее кутание ребенка, недостаточное подмывание ребенка после действия кишечника и мочеиспускания — наиболее частые причины появления опрелостей.

**Лечение.** Пораженные участки смазываются стерильным рыбьим жиром. В соприкасающиеся складки — тоненькие прокладки из марли. Если нет мокнутья — присыпки, при мокнутии — смазывание 1—2-процентным раствором азотнокислого серебра. Пеленать ребенка надо легко. При пеленании — местные воздушные ванны (область опрелостей оставляют обнаженной на 10—15 минут несколько раз в день. Ванны с марганцевокислым калием (вода розового цвета).

## Нервный ребенок

Очень часто родители жалуются на нервность своих детей. Но надо отличать нервного ребенка от ребенка просто капризного, недисциплинированного.

Есть дети, у которых заболевания центральной нервной системы явились следствием **родовой травмы, недоразвития головного мозга, тяжелой желтухи**, перенесенной в первые дни жизни, и т. д. Это — серьезно больные дети, бывающие не только очень беспокойными, но всегда в большей или меньшей мере отстающие в психическом и моторном развитии. Они долго не узнают мать, поздно берут игрушки в руки, у них задерживается развитие речи, долго не могут самостоятельно сидеть, вставать и т. д. За этими больными детьми необходимо систематическое наблюдение не только детского врача, но и невропатолога, психиатра, а иногда и других специалистов.

Не об этих детях с тяжелым поражением нервной системы пойдет здесь речь.

Имеются в виду практически здоровые дети, но отличающиеся неустойчивостью в своем поведении. В раннем возрасте они часто беспричинно капризничают, требуют постоянно-

го к себе внимания старших, плохо едят, плохо засыпают и беспокойно спят.

Старшие дети (дошкольники и школьники) отличаются изменчивостью настроения, от состояния повышенного радостного возбуждения легко переходят к беспричинным капризам, плачу. Они не могут усидчиво заниматься игрой или школьными занятиями, им легко все надоедает, а иногда, наоборот, — увлекшись, например, какой-либо игрой, они никак не могут переключиться на другое занятие. Утром эти дети часто вялы, капризны, а вечером — возбуждены, их с трудом удается уложить спать.

Эмоционально неустойчивые дети любят «командовать» сверстниками, но не любят подчиняться. Учась в школе, они легко утомляются, не могут сосредоточиться при приготовлении уроков, легко отвлекаются, в классе — неусидчивы, невнимательны. Иногда такие дети боятся темной комнаты, страдают ночными страхами.

Конечно, в нервности детей известную роль играет некоторое предрасположение, конституциональные особенности, влияние наследственности.

Однако в громадном большинстве случаев повышенная нервность, легкая возбудимость и капризы детей — результат неправильного воспитания и несоблюдения режима с первых дней их жизни. Кормление ребенка не по часам, а когда вздумается матери или когда ребенок заплачет, постоянное пребывание ребенка на руках, а не в кроватке (в часы его бодрствования), недостаточное пребывание на воздухе, несоблюдение режима сна — вот почва, на которой начинает формироваться личность нервного ребенка.

Что же делать, если ребенок оказался нервным? Прежде всего его надо показать детскому врачу и невропатологу, чтобы выяснить, нет ли какого-либо заболевания, нарушающего нормальное состояние нервной системы (рахит — у грудных и маленьких детей, глистная инвазия — у более старших, кожные зудящие сыпи, раздражающие ребенка и нарушающие его сон, и т. д.). Если ребенок практически здоров, у него нет никаких заболеваний, в том числе и нервной системы — лечить его надо не бромом и валерьяновыми каплями, не строгостью и наказаниями, а устранением дефектов режима жизни и воспитания.

*Прежде всего надо установить правильный режим сна:* дети к концу первого года жизни должны спать около 16 часов в сутки (ночной сон около 10 часов и два раза днем по два-два с половиной часа). В возрасте 3—4 лет длительность суточного сна сокращается приблизительно до 14 часов, в дошкольном возрасте — до 12 часов. Дети младшего школьного возраста должны спать не менее 10 часов, а старшие школьники — не менее 8—9 часов в сутки.

*Дети дошкольного возраста обязательно должны иметь дневной сон* (полтора-два часа). Такой же продолжительности дневной сон следует рекомендовать нервным детям младшего школьного возраста. Старшим школьникам с повышенной возбудимостью и легкой утомляемостью следует рекомендовать после прихода домой, если и не спать, то хотя бы спокойно полежать час-полтора.

Второе необходимое условие — *достаточное пребывание на свежем воздухе.* Даже в учебное время дети старших классов должны гулять не менее 2 часов ежедневно. Прогулки желательно сочетать с подвижными играми, спортом и т. д.

*В выходные дни и в дни школьных каникул нервных детей следует максимально разгружать от учебных занятий.*

Надо категорически исключить ежедневное пребывание ребенка перед телевизором. Можно, конечно, 1—2 раза в неделю, посмотреть детскую передачу по телевидению, но нельзя такие просмотры вводить в систему.

Конечно, и самим родителям приходится ограничивать себя. Нельзя, как это часто делают, самим ежедневно смотреть все интересные передачи телевидения, а ребенка отправлять в соседнюю комнату готовить уроки.

Во время приготовления уроков необходимо соблюдать чередование выполнения домашних заданий с краткими (на 10—15 минут) перерывами для отдыха.

*Из питания следует исключить острую пищу,* продукты, возбуждающие нервную систему, крепкий чай, натуральный кофе, шоколад, какао.

Наконец, особенно *большое внимание надо уделить физиопроцедурам,* укрепляющим нервную систему и повышающим сопротивляемость детского организма к случайным инфекциям и простудам.

Утром ребенок любого возраста должен принимать воздушную ванну при комнатной температуре. Воздушная ванна должна сочетаться с умеренными физическими упражнениями. Длительность этой утренней процедуры варьируют в зависимости от возраста ребенка и его индивидуальных особенностей. Всегда следует начинать с 2—3 минут и, постепенно повышая, доводить длительность утренней воздушной ванны с легкими физическими упражнениями до 10—15 минут. Детям грудного возраста и первых 2—3 лет утреннюю воздушную ванну надо сочетать с массажем и гимнастикой.

На нервную систему ребенка особенно благотворно влияют водные процедуры. Можно через 1—2 дня делать ванны с хвойным экстрактом. Температура воды — 36,5—37°, продолжительность — 7—10 минут.

Очень хорошие результаты дают обтирания водой. Нередко ошибочно думают, что нервных детей надо обтирать хо-

лодной водой. Многим детям это очень нравится. Они приходят в хорошее настроение, но холодная вода не успокаивает, а обычно возбуждает ребенка.

Обтирание надо начинать водой 36,5—37°, один раз в 7—10 дней температуру воды снижать на 1° и постепенно доводить до 25—27° в зависимости от возраста ребенка. Голени и стопы можно обтирать водой с еще более низкой температурой (до 18—20°). Во время обтирания ребенок должен стоять на коврике или в тазу с теплой водой. Пользоваться душем с сильным ударом водных струй не следует.

В летнее время водные обтирания можно проводить на воздухе. Нервным детям можно купаться летом в естественных водоемах, но не в холодной воде. *Нельзя допускать появления у ребенка дрожи и «гусиной кожи».*

Характер водной процедуры всегда следует согласовать с врачом, систематически наблюдающим за ребенком.

*Особое внимание надо уделять правильному педагогическому воспитанию.* Некоторые родители ошибочно думают, что нервного ребенка нельзя расстраивать, не делают ему замечаний, допускают непослушание и т. д. Другие родители, наоборот, убедившись, что ребенок не столько нервный, как капризный, начинают беспрерывно останавливать его и даже прибегают к наказаниям. И тот и другой подход ошибочен. К нервному ребенку надо подходить спокойно, твердо и настойчиво добиваться послушания, выполнения режима и т. д. Все это надо делать тактично, избегая ненужных конфликтов, незаметно для ребенка, уступая ему в мелочах.

## Некоторые острые инфекционные заболевания детей

Вопрос о домашнем лечении ребенка, страдающего острым инфекционным заболеванием, всегда надо хорошо обдумать и обсудить с врачом.

Следует учесть состояние больного, его возраст, жилищные и бытовые условия, состав семьи, занятость на работе родителей и, конечно, характер заболевания. Детей с такими болезнями, как дифтерия, менингиты, энцефалиты и некоторые другие, оставлять дома нельзя. Эти больные требуют круглосуточного наблюдения медицинского персонала. *Помните, что каждый инфекционный больной опасен для других детей.*

**Коклюш.** Детей, заболевших коклюшем, обычно оставляют дома. Госпитализировать нужно детей с осложненным коклюшем, проживающих в неблагоприятных бытовых условиях.

Лечение проводится под систематическим наблюдением врача поликлиники. Больные коклюшем должны в любое

время года возможно больше времени проводить вне помещения. Надо однако учитывать, что очень холодный морозный воздух и сильный ветер у некоторых больных вызывают учащение приступов кашля. Прогулку при больших морозах нужно проводить в комнате при открытой форточке или окне. Комнату, где живет больной, надо постоянно проветривать, протирать пол влажной тряпкой, не курить в ней. В часы бодрствования ребенка надо стараться занять спокойной игрой, чтением и т. д. Во время приступа кашля малыша следует взять на руки, а старших детей — посадить; при сильных приступах — придерживать голову.

Дети, больные коклюшем, обычно имеют пониженный аппетит; необходимо давать пищу достаточно калорийную, избегать сухой, кислой и острой, легко вызывающей приступы кашля. Кормить больных лучше малыми порциями, стараясь накормить после рвоты. Если при рвоте сразу после еды удаляется большая часть пищи — ребенка надо снова немного покормить.

Все манипуляции, не очень приятные для ребенка (прием лекарств, раздевание, умывание), надо стараться проводить спокойно, чтобы маленький больной не плакал и не кричал.

Туалетные ванны ребенок должен получать регулярно.

**Корь** у маленьких детей протекает тяжело и часто осложняется воспалением легких. У более старших — дошкольников и школьников протекает легче и реже дает осложнения.

Эти больные много кашляют, у них всегда насморк и светобоязнь, что заставляет многих родителей опасаться света и свежего воздуха. Это — большая ошибка.

Действительно, в первые дни болезни, когда светобоязнь особенно выражена, надо охранять ребенка от яркого света, но затемнять комнату не надо. Помещение, где лежит ребенок, надо хорошо проветривать несколько раз в день.

Особого внимания требует уход за полостью рта и глазами. Старшие дети должны полоскать рот, маленьким надо спринцевать его. Глаза промывать несколько раз в день теплой водой, слабым чаем, раствором борной кислоты (1 чайная ложка на стакан воды). Следите, чтобы старшие дети сильно не сморкали нос (это нередко приводит к воспалению среднего уха), маленьким детям надо осторожно и часто вытирать нос. Верхнюю губу и крылья носа смазывайте вазелином или какой-либо индифферентной мазью.

Дети, особенно в первую половину болезни, обычно испытывают пониженный аппетит. Не надо заставлять их есть. Больше давайте пить, свежих фруктов, ягод, витаминов. Если у больного нет стула — поставьте клизму. Слабительных не давайте, так как иногда после них у больных корью возникает колит, принимающий затяжное течение.

Для предупреждения **воспаления легких** маленьких детей

следует чаще брать на руки, а большим предлагать чаще менять положение в кровати.

Другое еще более тяжелое осложнение — **коревой круп.** Появляется лающий кашель, дыхание ребенка становится очень затрудненным. При коревом крупе и при тяжелом коревом воспалении легких детей надо срочно госпитализировать.

**Оспа ветряная** в большинстве случаев протекает без осложнений. Надо соблюдать чистоту рук у ребенка, коротко стричь ногти и следить, чтобы он не расчесывал пузырьков и не сдирал корочек. При сильном зуде смазывать все пузырьки 1-процентным спиртовым раствором метиленовой синьки. После образования корочек можно делать ванны.

Постельный режим обязателен в период повышенной температуры и желателен до полного подсыхания корочек.

**Паротит эпидемический (свинка).** Больного ребенка в большинстве случаев можно оставить дома, но необходимо обеспечить правильный режим и, конечно, наблюдение врача. Иногда паротит протекает тяжело и осложняется серозным менингитом, панкреатитом, а у мальчиков — орхитом (воспалением яичек).

До полного выздоровления ребенок должен оставаться в постели. Обращайте внимание, чтобы не было одежды (трусики, штанишки), которая может давить на половые органы мальчиков. Соблюдайте гигиену полости рта детей. Полоскание рта и горла даже и у больших детей иногда сильно затруднено — приходится и им спринцевать рот и горло. Пища должна быть жидкой или полужидкой, не требующей жевания, так как она вызывает боль.

При малейшем подозрении на осложнение **менингитом** (головная боль, рвоты), **панкреатитом** (боли в животе, рвоты), **орхитом** (боли в яичках) — необходима срочная консультация педиатра[1].

## Неотложная помощь дома при наиболее частых несчастных случаях

**Кровотечение из носа.** При высокой температуре, сильном чихании, перегревании на солнце или в ванне, при случайной травме, а также при некоторых заболеваниях у детей сравнительно часто бывает кровотечение из носа. У некоторых — это наблюдается чаще, у других — реже. Если у ребенка без видимой причины часто возникает носовое кровотечение, надо обязательно обратиться к врачу и сделать общий анализ крови.

---

[1] Рекомендуем прочитать брошюру С. Д. Носова «Инфекционные болезни у детей». М., «Знание», 1969.

Для остановки кровотечения ребенка надо посадить с несколько откинутой кзади головой, прижать пальцем крыло носа той стороны, с которой выделяется кровь. На переносицу положить носовой платок, смоченный холодной водой. В большинстве случаев этого бывает достаточно для остановки кровотечения. Если эти меры не помогают, надо ввести в ноздрю несколько капель 3-процентного раствора перекиси водорода или вложить смоченный перекисью небольшой тампон.

Проверить, особенно если больной лежит, не течет ли кровь по задней стенке зева. Если домашними средствами не удается остановить кровотечение — необходимо вызвать скорую помощь.

Детям, склонным к носовым кровотечениям, следует давать препараты кальция и аскорбиновую кислоту.

**Ожог.** При обширном ожоге и при ограниченных ожогах II и III степени пострадавшего ребенка надо немедленно доставить в поликлинику или госпитализировать.

При ограниченных ожогах I степени (покраснение, без пузырей) приложите мягкую ткань, смоченную чистым спиртом, одеколоном или водкой. После этого можно оставить поверхность открытой, либо наложить повязку со спиртом или индифферентной мазью.

**Укус пчелы, осы или шмеля.** При одиночном укусе болезненные явления носят местный характер: появляется острая боль, покраснение и ограниченный инфильтрат кожи и подкожной клетчатки на месте укуса. При укусе пчелы надо постараться удалить жало пинцетом или иглой, продезинфицированными спиртом или проведенными через огонь. Ранку смазать настойкой йода. При множественных одновременных укусах (например, роем пчел или ос) могут развиться, особенно у маленьких детей, явления общей интоксикации, требующие назначения сердечных средств (камфара, кофеин и др.). При попадании пчелы в рот, когда ребенок ест фрукты или мед, возможен отек гортани, иногда опасный для жизни (особенно у маленьких детей!). При множественных укусах и укусе в полость рта следует вызвать неотложную или скорую помощь.

**При укусе скорпионом, каракуртом, тарантулом** (южные районы страны) следует обязательно быстро доставить пострадавшего в медицинское учреждение для введения ему специфической противоядной сыворотки. Предварительно место укуса смазать спиртом, йодом.

**Укус змей.** На месте укуса гадюкой (для районов Средней Азии — эфой, коброй, щитомордником) появляется сильная боль и отек. При укусе ноги отек быстро распространяется не только на всю ногу, но часто и на живот и поясницу. При укусе в руки отек захватывает руку, шею и верхнюю

часть туловища. Быстро присоединяются симптомы интоксикации: слабость, озноб, повышение температуры, тошнота, рвота, сердцебиение и др.

Часто рекомендуемые меры — перетяжка конечности кнутри от места укуса и отсасывание крови из ранки в большинстве случаев бесполезны, а могут оказаться даже и вредными.

Ребенка, укушенного змеей, надо как можно скорее госпитализировать. До госпитализации необходимо дать ребенку кофеин, настойку валерьяны с ландышем, больше горячего питья, обеспечить полный покой.

## Домашняя аптечка

Баллоны клизменные (большой, средний и маленький).
Бинты узкие, средней ширины и широкие.
Вата гигроскопическая.
Вата серая (для компресса).
Газоотводная трубочка.
Грелка.
Клеенка или ее заменитель.
Кружка Эсмарха.
Марля.
Пузырь для льда.
Термометр для ванны.
» медицинский.
Английская соль.
Аспирин.
Борная кислота.
Вазелин борный.
Горчица сухая.
Горчичники.
Йод.
Капли валерианово-ландышевые.
» глазные } рекомендуемые лечащим врачом.
» от насморка }
Касторовое масло.
Марганцевокислый калий.
Присыпка.
Мазь преднизолоновая или оксикорт.
» цинковая.
Натрий салициловокислый.
Пирамидон.
Сода.

# III. Основные требования ухода за больным

## Режим жизни больного ребенка

При любом заболевании ребенку необходимо обеспечить хороший уход, правильное питание и необходимое лечение. Должен ли заболевший ребенок находиться в постели или может оставаться в помещении, нуждается ли в изменении обычного для него питания или нет — в каждом отдельном случае эти вопросы решаются в зависимости от заболевания и причины, его вызвавшей.

В этой главе мы коснемся режима жизни больных детей, временно вынужденных оставаться в постели. Всем больным детям любого возраста и с любым заболеванием надо обеспечить гигиенические условия помещения, свежий воздух и свет.

Было бы ошибкой начинать «генеральную» уборку комнаты, в которой остается заболевший ребенок. В этом нет необходимости, если квартира или комната, где живет семья заболевшего ребенка, всегда содержится в чистоте, регулярно убирается, проветривается и т. д.

Заболевший ребенок, временно прикованный к постели, должен сохранять бодрое, хорошее настроение. Не надо лишать его любимых игрушек, книг и т. д.; не надо выносить их и школьные принадлежности из комнаты. Это не только волнует ребенка, но даже и нецелесообразно, особенно когда у него выявится инфекционное заболевание. Если у ребенка повысилась температура, появился насморк, заболело горло или возникли желудочно-кишечные расстройства (обычно это связано с той или другой инфекцией), больного необходимо временно изолировать от других детей, не пускать к нему ребят, соседей по квартире или пришедших навестить его. Предосторожности эти, конечно, становятся излишними, когда выяснится неинфекционный характер заболевания.

*Надо особенно заботиться о чистоте воздуха и чаще проветривать комнату.* К сожалению, родители иногда боятся проветривать комнату, особенно если у ребенка повышена температура или имеются так называемые простудные явления (насморк и кашель). Между тем, свежий воздух необходим больному ребенку не только меньше, но даже больше, чем здоровому. В душном воздухе самочувствие больного ухудшается, легче возникают осложнения. Проветривать ком-

нату в холодное время года надо не реже 2—3 раз, а в теплое — форточка или окно могут оставаться открытыми весь день, а иногда и ночью.

Зимой при проветривании комнаты ребенка, конечно, надо хорошо прикрыть одеялом, следить, чтобы он не раскрылся. Голову можно прикрыть платком, но лицо должно оставаться открытым. Надо следить, чтобы струя холодного воздуха не попадала прямо на ребенка. Если нельзя защитить его какой-либо ширмой или одеялом, повешенным на головной конец кровати, — форточку можно затянуть марлей. Когда комната хорошо проветрится, форточку или окно следует закрыть, а когда воздух несколько прогреется, руки ребенка освободите из-под одеяла и снимите платок с головы.

Температура воздуха в комнате больного не должна превышать 18—20°. Только для детей грудного возраста (особенно первых месяцев жизни, а также недоношенных) — температуру воздуха комнаты можно поддерживать в пределах 21—22° (но не выше!). Излишне теплый воздух всегда тяжело переносится больными, особенно с повышенной температурой тела.

В комнате больного должно быть светло. Если у ребенка **конъюнктивит** (например, при кори) и связанная с этим светобоязнь, надо поставить кровать так, чтобы солнечный свет или свет комнатной лампы не падал на лицо больного. Еще сохраняются, к сожалению, вредные предрассудки, когда, например, при кори в комнате не только все время поддерживают полумрак, но даже закрывают окно, а комнатную лампу завешивают красной материей. Это совершенно излишне и даже вредно. В хорошо освещенной комнате скорее погибают случайные бактерии, всегда находящиеся в окружающем нас воздухе (особенно в плохо проветриваемых и достаточно густо заселенных помещениях).

Но когда ребенок спит, в комнате должен быть полумрак. Надо соблюдать также тишину, так как хороший спокойный сон — важный фактор лечения.

## Кровать ребенка

Больного ребенка следует оставить в его кроватке, которую он должен иметь с первых дней своей жизни.

Лучше пользоваться железными кроватками, выкрашенными светлой эмалевой краской и снабженными мягкой, упругой сеткой. Боковые стенки кроватки должны опускаться и иметь сравнительно частые, косо идущие перекладины. Старшие дети имеют обыкновенную кровать, без боковых стенок.

Матрас должен быть набит волосом или морской травой, но не ватой. Не следует пользоваться и перинами. Они не гигиеничны. Для предохранения матраса от промокания поверх

него кладут клеенку, а затем — простыню. Эта предосторожность вполне целесообразна, даже когда ребенок в течение суток просится на горшок. Имея в кроватке клеенку, ребенка можно подмывать и сажать на горшок, не рискуя замочить простыню и матрас.

Кровать и постель больного требуют самого тщательного ухода. Пыль с металлических частей надо вытирать ежедневно влажной тряпкой, а постельное белье — менять не реже одного раза в неделю. Белье, случайно загрязненное мочой, калом, рвотными массами, заменяется немедленно и замачивается.

## Одежда (белье)

Одежда не должна стеснять больного ребенка. Для детей с более или менее строгим постельным режимом лучше всего рубашка и легонькие трусики. При менее строгом режиме маленькие дети в часы бодрствования могут быть в ползунках, старшие дети — в пижаме. На ночь дневную одежду лучше всего заменить довольно длинной ночной рубахой.

Грязное белье до стирки надо хранить в отдельном мешке или корзине. Белье, запачканное испражнениями или рвотой, следует залить дезинфицирующим раствором хлорамина (0,25%) или карболовой кислоты (3%). Перед стиркой раствор сливают и белье заливают горячей водой.

Эти меры надо особенно тщательно соблюдать, если ребенок страдает каким-либо желудочно-кишечным заболеванием.

## Утренний и вечерний туалет

Нужно ежедневно проводить полный утренний туалет больного. Мать должна хорошо вымыть свои руки. Грудным и маленьким детям надо ваткой или мягкой чистой тряпочкой обмыть лицо слегка тепловатой водой из маленького тазика. Отдельным куском ваты, смоченной в чистой кипяченой воде, промывают глаза ребенка (для каждого глаза берется отдельный комочек ваты; промывание проводится от наружного угла глаза к внутреннему).

Наружные слуховые проходы и нос надо прочищать ватными жгутиками, слегка смоченными водой. Употреблять для туалета наружного слухового прохода и носа спички и другие твердые предметы ни в коем случае не следует.

Утренний туалет заканчивают подмыванием малыша.

Старшие дети сами умывают лицо, шею и руки тепловатой водой из чистого таза. При слабости или при тяжелом состоянии ребенка мать сама моет ему руки и лицо. Вечерний туалет проводится так же, как и утром.

# IV. Питание детей

## Рациональное питание детей

Во время болезни правильное питание — один из важнейших факторов в лечении. Рациональное питание в период выздоровления, после перенесенной болезни имеет не меньшее значение.

В течение первых 5—6 месяцев жизни ребенок лучше всего развивается на материнском молоке. Конечно, имеется в виду молоко здоровой матери, ведущей правильный образ жизни и полноценно питающейся.

Сцеженное молоко другой женщины, подвергнутое нагреванию, ни в коем случае не является равноценной заменой естественного вскармливания. Химический состав такого молока сильно изменен, оно в большей или меньшей мере неизбежно загрязняется при сцеживании случайными бактериями, пылью и т. п.

С полутора-двух месяцев жизни целесообразно давать ребенку богатые витаминами овощные и фруктовые соки. Надо начинать с половины чайной ложки 1—2 раза в день и постепенно (к 5—6 месяцам) доходить до 8—10 чайных ложек (40—50 *г*) в день. Давать детям с 3—4 недель тертое сырое яблоко, как рекомендуют некоторые врачи, нецелесообразно, а для многих — просто вредно. Раннее назначение сырого тертого яблока у многих детей вызывает расстройство кишечника. Напоминаем, что дети, приученные с первого месяца жизни к сравнительно густой пище, начинают отказываться от груди матери, и их рано приходится переводить на смешанное и даже искусственное вскармливание.

С 3—4 месяцев, а иногда и с 2 месяцев (в зависимости от климатических и бытовых условий) желательно давать детям рыбий жир (сначала каплями, потом по половине чайной ложки, а к концу года по 2—3 чайных ложки в день). Некоторые дети плохо переносят рыбий жир, у них снижается аппетит, появляются срыгивания. В этих случаях надо отказаться от него.

С 5—6 месяцев ребенок не может хорошо развиваться только на одном грудном молоке. О времени начала прикармливания ребенка надо посоветоваться со своим участковым детским врачом.

Можно рекомендовать следующие сроки введения при-

корма: с пяти-пяти с половиной месяцев — 5-процентная манная каша на молоке, разбавленном водой. С шести месяцев — 10-процентная манная каша на молоке, разбавленном водой. С шести с половиной месяцев — овощное пюре.

В этом же возрасте можно добавлять в пищу фруктовые кисели.

Вполне целесообразно давать кашу не только манную, но и гречневую, овсяную и др.

Если ребенок излишне упитанный, с явными признаками рахита и малокровия — 10-процентную манную кашу лучше давать на овощном отваре, а с пяти с половиной месяцев можно дать и овощное пюре.

С 7—8 месяцев давать мясной бульон с какой-либо крупой или, еще лучше, готовить на бульоне кашу или овощное пюре. С этого же возраста желательно давать яичный желток, сухарик, простое печенье, муссы.

С 8—9 месяцев — мясной фарш, фрикадельки.

С 12—14 месяцев — мясные котлеты.

С 3—4 месяцев, кроме свежих соков, можно давать ребенку тертое сырое яблоко, банан, печеное яблоко.

Для прикорма (каша, овощное и яблочное пюре) вполне целесообразно использовать консервы, выпускаемые нашей пищевой промышленностью.

К сожалению, иногда очень рано начинают давать детям яйцо (с 4 месяцев) и мясо (с 5 месяцев). Это не соответствует физиологическим возрастным потребностям и возможностям ребенка. То, что многие дети хорошо справляются с этой пищей не может служить оправданием ненужных нагрузок. Рисковать не надо.

С постепенным расширением прикорма надо уменьшать число кормлений грудью. Отнимать ребенка от груди следует к концу первого года его жизни. В некоторых случаях (по согласованию с врачом), при неустойчивом стуле, дистрофии, в жаркое время года кормление грудью (1—2 раза в день) можно продолжать и до 14—15 месяцев.

Руководствуясь этими основными положениями питания детей первого года жизни, можно указать следующую схему вскармливания:

Ребенок до 3—4 месяцев получает молоко матери в 6 ч. 30 мин., 13 ч. 00 мин., 16 ч. 30 мин., 20 ч. 00 мин. и 23 ч. 30 мин. Соки.

Ребенок 4—5 месяцев получает грудь матери в 6 ч. 30 мин., 10 ч. 30 мин., 14 ч. 30 мин., 18 ч. 30 мин., 22 ч. 30 мин. Соки, тертое сырое яблоко, банан.

Ребенок 5—5,5 месяца получает в 6 ч. 30 мин. и 10 ч. 30 мин. молоко матери, в 14 ч. 30 мин. — кашу, в 18 ч. 30 мин. и 22 ч. 30 мин. — молоко матери. Соки, пюре яблочное.

Ребенок 6—6,5 месяца получает: в 6 ч. 30 мин. — молоко матери; в 10 ч. 30 мин. — кашу; в 14 ч. 30 мин. — молоко матери; в 18 ч. 30 мин.— овощное пюре; в 22 ч. 30 мин. — молоко матери. Соки, тертое сырое яблоко, банан.

Ребенок 8—8,5 месяца получает: в 6 ч. 30 мин. — молоко матери; в 10 ч. 30 мин. — кашу и кисель; в 14 ч. 30 мин. — бульон мясной с протертыми овощами, сухарик, молоко матери; в 18 ч. 30 мин. — овощное пюре, мусс; в 22 ч. 30 мин.— молоко матери. Соки, яблоко кусочками, банан.

Ребенок 11—11,5 месяца получает: в 6 ч. 30 мин. — молоко матери; в 10 ч. 30 мин. — каша, кисель; в 14 ч. 30 мин. — бульон с фрикадельками, овощное пюре, сухарик; в 18 ч. 30 мин. — каша на овощном отваре, яичный желток, печенье; в 22 ч. 30 мин. — коровье молоко (кефир). Соки, яблоко, банан.

Варианты кормления могут быть различные. Например, если мать работает, лучше раньше перевести ребенка на пятикратное кормление и изменить его часы.

*Но всегда остается обязательным — кормление в одни и те же часы и постепенное разнообразие прикорма.*

Беспорядочное кормление, досрочное введение в пищу блюд (тертое сырое яблоко, мясо, яйцо и т. д.) всегда рано или поздно приводят к расстройствам пищеварения и нарушениям обмена веществ.

Когда у матери не хватает молока, приходится перейти на **смешанное вскармливание**, а когда молоко исчезает совсем — на **искусственное вскармливание.**

*Перевод ребенка на смешанное и особенно на искусственное вскармливание — весьма ответственный момент, безусловно требующий контроля участкового врача.*

Для смешанного и искусственного вскармливания используют разведение коровьего молока или кефира отварами:

Смесь № 2, или «Б» 1 часть молока (или кефира) и 1 часть отвара.

Смесь № 3, или «В»: 2 части молока (или кефира) и 1 часть отвара; к смесям добавляют 3—5% сахара. Эти смеси несколько бедны жиром и потому к ним иногда добавляют сливки.

Детям от двух недель до полутора-двух месяцев назначают смесь № 2, постепенно обогащая ее сливками.

Детям от полутора-двух до четырех-пяти месяцев — смесь № 3 (также со сливками).

Можно давать и разведенный кефир.

Детям с пяти месяцев дают цельное молоко или цельный кефир, обогащенный сахаром.

При грудном кормлении (до введения прикорма) ребенок получает ежедневно (на каждый килограмм своего веса):

белка — 2,0—2,5 *г*, жира — 6,0—7,0 *г*, углеводов — 10,0—13,0 *г*.

При искусственном вскармливании (до назначения прикорма) ребенок получает на килограмм веса: белка — 3,0—3,5 *г*, иногда до 4,0—4,5 *г*, жиров — приблизительно такое же количество, углеводов — 12,0—14,0 *г*.

Иногда уже в конце первого года жизни сами дети переходят на 4 кормления (просыпая 5-е, ночное кормление); с 12—14 месяцев дети должны получать пищу 4 раза. Постепенно их стол приближается к столу взрослых. С полутора лет детям следует иногда давать ветчину, сосиски, неострый сыр, селедку, икру и другие умеренно острые пищевые продукты.

Надо избегать однообразного питания детей, обращать внимание на вкусовые качества пищи и на ее внешнее оформление. В особенности это следует учитывать при кормлении больных детей.

□

Правильное питание и правильный режим детей грудного возраста — основные и наиболее важные моменты профилактики **рахита** и **расстройств пищеварения**.

Если у ребенка развился рахит, питание в основном остается обычным. Если при наличии симптомов рахита ребенок совершенно нормально или несколько избыточно упитан, следует в первый прикорм дать не кашу на молоке, а кашу на овощном отваре. Овощное пюре можно начать давать на 2 недели раньше.

Приблизительно так же меняется диета и при **анемии** грудных детей.

Конечно, наряду с этими небольшими изменениями рационального питания необходимо устранить дефекты ухода (недостаточное пребывание на воздухе) и обратиться к врачу для назначения лечения.

При расстройстве питания (**дистрофия**) надо обязательно обратиться к врачу, чтобы выяснить причину плохой прибавки веса. Основное лечение — правильное питание, режим и систематическое применение массажа и гимнастики. Медикаментозное лечение (неробол, апилак, витамин $B_{12}$ и т. д.) и стимулирующая терапия (переливание крови и др.) имеют второстепенное значение: они, как правило, не приносят пользы, если ребенок неправильно питается.

*Не следует увлекаться витаминами. В избыточных количествах они приносят лишь вред.*

## Лечебное питание

Если и в питании здоровых детей вреден шаблон, то он совершенно недопустим для больного ребенка. Ему необходимо

назначить индивидуальный стол с обязательным учетом характера болезни, ее течения и особенностей организма самого ребенка.

У больных детей в большинстве случаев аппетит бывает понижен. С этим надо считаться. Пища должна быть по возможности вкусной и хорошо внешне оформленной.

В этой главе указаны основные группы заболеваний, лечение которых нередко проводится дома, и даны общие правила питания детей (после двух с половиной лет) при этих состояниях.

## А. Заболевания, протекающие с высокой температурой, при которых не показана специальная диета

**а. Период с высокой температурой**

(почти всегда некоторые симптомы интоксикации: общая слабость, головная боль, понижение аппетита, тошнота, рвота и т. д.).

Показана пища «химически и механически» щадящая, так как всегда несколько нарушена функция органов пищеварения.

**Разрешаются:** небольшое количество куриного бульона, слизистые супы, небольшое количество вареной курицы, мясные суфле, манная и другие протертые каши, яйцо всмятку, хорошо протертые овощные пюре, фруктовые кисели, желе, немного молока, сливочное масло, ягодные и фруктовые соки, белые сухари, белый хлеб, морс, чай.

Число кормлений 4—6.

**б. Период выздоровления**

(температура снизилась, нет явлений интоксикации, улучшился аппетит).

**Разрешаются:** бульоны с вермишелью, лапшой, рисом, манной крупой, мясные и рыбные фрикадели, тефтели, паровые котлеты, творог, протертые компоты, натуральные фрукты, простокваша и, конечно, все, указанное под пунктом «а».

Число кормлений 4—5.

## Б. Заболевания характера гастрита с пониженной кислотностью

(Пища сокогонная, но «механически» щадящая).

**Разрешаются:** супы, приготовленные на мясных и рыбных бульонах, нежирные сорта мяса, птицы и рыбы в жареном виде, зелень и овощи в вареном и протертом виде, каши и

запеканки, яйца и яичные блюда, молочнокислые продукты, белый хлеб, немного сливочного масла, небольшое количество некопченой сельди, икра, кисели, компоты, печеное яблоко.

**Запрещаются:** сдобное тесто, черный хлеб, мороженое, молоко, жирные сорта мяса и рыбы, копчености, маринады, консервы, сырые овощи, сырые фрукты.

Число кормлений — 5.

## В. Заболевания характера гастрита с повышенной кислотностью и затухающее обострение язвенной болезни

(«Механически, химически и термически» щадящая пища).

**Разрешаются:** супы молочные и слизистые из круп с маслом и овощами (морковь, свекла) в сильно измельченном виде, суфле из вареного мяса и судака, молоко (0,5—0,75 *л*), масло сливочное несоленое, масло растительное, овощные пюре (морковь, брюква), кисели и желе ягодные, фруктовые и молочные; яйца всмятку и омлет; молочные каши (не каждый день).

**Не разрешаются:** хлеб, сухари и другие продукты.

Число кормлений 5—6.

## Г. Запор привычный

**Разрешаются:** борщи, щи, мясо и рыба жареные, каша гречневая и перловая (рассыпчатая), черный хлеб, яйца вкрутую, творог, сырники, сырые овощи (салат и др.), чернослив, инжир, мед, сладкие блюда, кефир, яблоки.

Обильное питье, минеральные воды.

Кормлений — 4.

## Д. Острые энтероколиты

**а) Острый период (частый стул).**

**Разрешаются:** нежирные мясной и куриный бульоны, слизистые супы, вареная курица, протертые каши на воде или нежирном бульоне, яйцо всмятку, кисели и желе из черники, груш, свежий протертый творог, небольшое количество сливочного масла, чай, кофе, какао на воде, сахар в ограниченном количестве.

Кормлений 5—6.

**б) Период улучшения**

**Разрешаются:** супы на слабом курином, мясном и рыбном

бульоне с рисом, вермишелью, лапшой; мясо, нежирная рыба и курица — отварные, паровые котлеты мясные, куриные; протертые каши на воде с небольшим количеством молока и масла. Свежий творог протертый, кефир двухдневный. Белые сухари, черствая белая булка, простое печенье, компоты из протертых фруктов и кисели, печеные яблоки.

Кормление 4—5 раз.

### Е. Заболевания печени (не острый гепатит) и желчевыводящих путей

**Разрешаются:** супы молочные, вегетарианские, ягодные, нежирное вареное мясо, вареная курица, вареная нежирная рыба, зелень, овощи, молоко, творог, простокваша, кефир, фрукты, ягоды, сладости.

**Запрещаются:** мясные и рыбные супы, жареное мясо, баранина и свинина, жареная курица, жирные сорта рыбы и птицы, бобовые, шпинат, щавель, очень кислые фрукты и ягоды, пряности, копчености, колбасы, мороженое.

### Ж. Заболевания почек

(хронический пиелонефрит вне обострения)

**Разрешаются:** супы вегетарианские и фруктовые; очень слабые бульоны мясной и куриный; вареное мясо, рыба и курица; мучные блюда; зелень, овощи, кроме редиса, шпината; молоко, хлеб, яйцо, фрукты, фруктовые соки, чай.

*Во всех случаях, когда заболевание еще не выяснено, но началось остро со рвотой, болями в животе, мочой очень темной или цвета мясных помоев, — необходимо срочно вызвать врача, а до его прихода не давать есть ребенку, воздержаться от лекарств и ограничить питье.*

# V. Наиболее частые лечебные процедуры

## Измерение температуры

У лихорадящего больного температуру надо измерять утром, когда он проснется (между 7 и 8 часами) и вечером (около 17—18 часов). В некоторых случаях, по указанию врача, измеряют температуру чаще — 3—4 раза и даже каждые 3—4 часа.

При измерении температуры детей нельзя оставлять без присмотра. Маленьких детей лучше всего держать на коленях, прижимая к грудной клетке своей рукой руку ребенка, согнутую в локте. У детей более старших температуру тела измеряют в лежачем положении, и они сами своей рукой прижимают термометр к грудной клетке. Конечно, в таком же положении можно измерять температуру и у маленького ребенка, но руку его прижимает измеряющий температуру.

У малышей иногда измеряют температуру в паху. В этих случаях мать прижимает к животу ногу ребенка, согнутую в колене.

Реже, обычно по специальному указанию врача (например, при сильных опрелостях или других воспалительных явлениях под мышками и в пахах), температуру измеряют в прямой кишке, где она обычно на 0,3—0,5° выше, чем при измерении в подмышечной впадине.

При измерении температуры под мышками или в паху — термометр держат 10 минут, при измерении в прямой кишке — 5 минут.

Температуру с первого измерения и до полного выздоровления ребенка обязательно надо записывать, так как колебания ее очень важны врачу и для правильного диагноза и для контроля за течением болезни.

Лучше всего вести запись температуры с указанием основных симптомов и выполненных назначений примерно по такой схеме.

| Число | Время, ч | Температура, °С | Жалобы | Лечение |
|---|---|---|---|---|
| 3/VII | 12 | 40 | Рвота, озноб, головная боль | Аспирин 0,25<br>Врач — 15 ч |
| | 18 | 40,5 | Болит горло, рвота после лекарства | Сульфадимезин 0,5 |

| Число | Время, ч | Температура, °С | Жалобы | Лечение |
|---|---|---|---|---|
| | 22 | 40 | Спал беспокойно | Сульфадимезин 0,5 |
| 4/VII | 7 | 38,5 | Болит горло | Лекарство |
| | 11 | | | » |
| | | | | Врач — 13 ч |
| | 12 | | | Сульфадимезин, аспирин |
| | 16 | | | То же |
| | 18 | 37,5 | Днем спал | |
| | 20 | | | » » |
| | 22 | 37,0 | | Аспирин |
| 5/VII | 7 | 36,8 | Спал хорошо | Сульфадимезин и аспирин |
| | 11 | | | Сульфадимезин |
| | | | | Врач — 12 ч |
| | 12 | 36,5 | Потеет | Аспирин 3 раза в день |

## Уход за полостью рта и горлом

При всех заболеваниях, особенно тех, при которых наблюдаются повышение температуры и обложенный язык, требуется самый тщательный уход за полостью рта.

У грудных детей, если язык сильно не обложен и нет никаких признаков молочницы, обтирать полость рта ни в коем случае не следует. После густой пищи и мяса следует дать ребенку несколько глотков чистой воды. Дети с 2 лет, имеющие все 20 молочных зубов, должны полоскать рот после еды, и им осторожно следует чистить зубы мягкой щеткой (первое время без порошка и пасты, а в дальнейшем, когда ребенок привыкнет к такому туалету, можно употреблять и их).

У детей, длительно болеющих, следует вылечить кариозные зубы, которые могут быть местными очагами и источником инфекции.

При первых признаках покраснения слизистой рта и десен и при молочнице надо избегать твердой пищи, требующей жевания, горячей, очень холодной, соленой и кислой. Ребенок должен получать в теплом виде пищу жидкую, каши, протертые пюре и т. д.

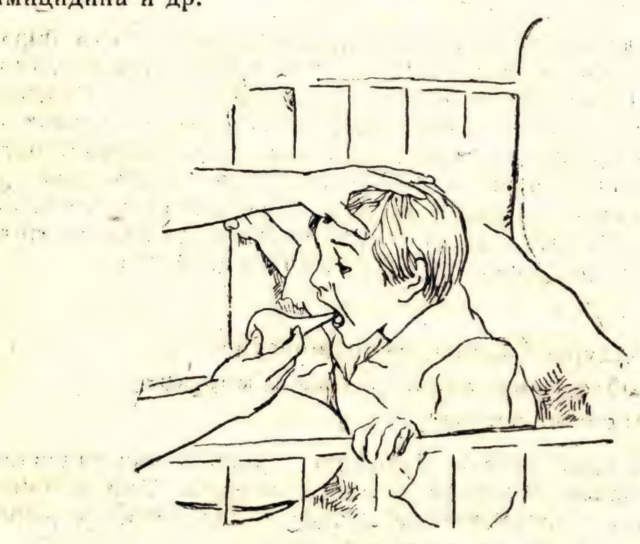
При появлении первых признаков стоматита и молочницы слизистую следует смазывать раствором буры в глицерине. Маленьким детям — орошать спринцеванием полость рта слабым раствором борной кислоты, соды или марганцевокислого калия. Более старшие дети должны этими же растворами полоскать рот несколько раз в день.

При всех стоматитах следует увеличить количество витаминов А, С и группы В.

Родители должны помнить, что у ослабленных больных молочница может распространиться очень сильно, и тогда лечение ее становится трудным. Надо не допускать этого и своевременно обращаться в поликлинику.

Полоскание рта и глотки — наиболее частая профилактическая и лечебная процедура в домашнем обиходе.

Часто применяют раствор борной кислоты (1 чайная ложка на стакан воды), раствор поваренной соли (треть чайной ложки на стакан воды). Иногда можно добавить йодной настойки (5—8 капель на стакан), раствор перекиси водорода (одну-полторы столовые ложки на стакан воды), раствор марганцевокислого калия бледно-розового цвета, раствор грамицидина и др.



Можно пользоваться настоем ромашки и шалфея (по одной-полторы чайные ложки на стакан кипятка, настаивать 10—15 минут, процедить).

Целесообразно приучать детей, особенно склонных к простудным заболеваниям, полоскать горло 2—3 раза в день, утром после сна, вечером перед сном и днем по возвращении из детского сада или школы.

Полоскание рта и глотки — обязательный момент лечения стоматита, фарингита и ангины.

Иногда дети не могут или не хотят полоскать рот и особенно горло. Тогда показано спринцевание рта и зева.

Для этой цели применяют те же растворы, что и для по-

лоскания. В процедуре спринцевания должны участвовать двое взрослых.

Один (отец) берет на колени ребенка, завернутого с руками в одеяло или простыню. Ноги ребенка зажимает между своими бедрами. Левой рукой прижимает ребенка к себе, а правой — фиксирует голову. Второй (мать) набирает раствор для спринцевания в чистый, специально подготовленный и прокипяченный баллон. Левой рукой шпателем открывает рот ребенку, правой вводит ему в рот наконечник баллона, направляет его вверх к твердому нёбу. Быстрым сжатием баллона вводит раствор в полость рта. Тут же первый участник процедуры наклоняет голову ребенка вниз.

Нельзя сжимать баллон медленно, так как при этом ребенок может выпить всю введенную дезинфицирующую жидкость.

Старшим детям спринцевание проводят следующим образом: если ребенок может сидеть — под подбородок подставляют тазик, (который он может и сам держать). Ребенок открывает рот, а мать левой рукой шпателем или черенком ложки слегка прижимает язык, а правой рукой сжимает баллон, направляя струю к твердому нёбу. Если больному трудно сидеть, он подвигается к краю кровати, несколько свешивает голову, а мать совершенно также вводит жидкость, которая сразу вытекает в подставленный таз.

## Водные процедуры (ванны, гигиенические и лечебные, обтирания, души, речные и морские купания, солнечные ванны)

Водные процедуры играют большую роль в повседневном уходе за больным ребенком и в его лечении. Они должны использоваться с гигиенической целью и как лечебное мероприятие, назначаемое лечащим врачом.

К их числу относятся ванны, обливания, обтирания и души. Они оказывают прекрасное общее влияние на ребенка, на его настроение, на тонус мышц, сосудистой и нервной системы, на обмен веществ и т. д. Все эти водные процедуры надо широко использовать для систематического закаливания детей, для предупреждения так называемых простудных заболеваний.

**Ванны.** В мероприятиях по уходу за больными детьми всех возрастов особенно широко надо использовать ванны. Ванны бывают гигиенические, лечебные и лекарственные.

На ванну для грудного ребенка необходимо около 30 литров воды (3 ведра), для детей 3—4 лет около 50 литров (5 ведер), и для старших детей — 100—150 литров (10—15 ведер) воды.

**Ванна гигиеническая** в уходе за больным ребенком столь же обязательна, как повседневный туалет лица и рук. Родители часто боятся купать детей. Эта осторожность в большинстве случаев излишня, а иногда — и вредна. Только в некоторых случаях ванна может оказаться временно противопоказанной. Об этом должен сказать лечащий врач.

К наиболее частым противопоказаниям надо отнести остро протекающие с высокой температурой заболевания — ангина, воспаление среднего уха, пневмония, острые желудочно-кишечные заболевания и некоторые другие. Длительные небольшие колебания температуры тела у детей без воспалительных явлений со стороны верхних дыхательных путей не являются противопоказанием к ванне.

Родители иногда спрашивают — как часто надо купать больного ребенка? В большинстве случаев, если врач не запретил ванну, — так же часто, как и здорового.

Детей первого-второго года жизни купать следует ежедневно, более старших (3—4 лет) 2—3 раза в неделю, а школьников — не реже одного раза в неделю. Конечно, надо учитывать не только возраст больного, но и особенности его заболевания, условия быта.

Купать ребенка лучше всего в специальной ванной комнате, но, к сожалению, иногда в силу квартирных условий ванну приходится делать в комнате или на кухне.

Температура воздуха в помещении, где делается ванна, должна быть не ниже 23—24° (лучше несколько выше, — 26—27°). Конечно, не должно быть сквозняков. Температура воды для ванны грудному ребенку с нормальной температурой — 36,5—37°, для более старших детей — 36—36,5°. Продолжительность купания — 5—10 минут, в зависимости от возраста больного ребенка и особенностей его заболевания.

Некоторые дети отличаются повышенной зябкостью. Для них температура воздуха в комнате и температура воды должны быть несколько выше указанных. Другие дети, наоборот, плохо переносят повышенную температуру воды и большую влажность воздуха в ванной комнате. С этими индивидуальными субъективными ощущениями ребенка, конечно, надо считаться.

Дети большей частью любят ванну. Лучший показатель правильно сделанной ванны — хорошее самочувствие ребенка во время купания и после него. Дети любят пошалить в воде. После ванны у них должно оставаться хорошее, бодрое настроение. В то же время она не должна возбуждать ребенка или вызывать у него чувство слабости и утомления.

Маленьким детям сперва моют рукою голову, затем шею, плечи, руки, туловище и ноги. Лицо обмывают чистой водой такой же температуры из отдельного сосуда. Для более старших детей можно пользоваться мягкой губкой, рукавичкой

или мочалкой. Употребляют специально детское мыло — «Детское», «Яичное». После мытья маленького ребенка обливают водой из кувшина (температура воды на 1—2° выше, чем в ванной). Детей постарше (с 3—4 лет) можно обливать из душа на гибком шланге. Душ с сильным ударом воды допустим только для школьников.

Часто приходится слышать, что маленький ребенок боится купаться. Это, как правило, результат случайно допущенной ошибки: ребенка положили или посадили в ванну с излишне теплой или, наоборот, прохладной водой, или в глаза ему попало мыло, или невольно была причинена еще какая-то неприятность.

После обливания или душа надо тщательно обтереть ребенка. Вода не должна оставаться под мышками, в пахах и других кожных складках. Маленьких детей обсушивают прикладыванием мягкого полотенца или простынки.

Из ванной комнаты ребенка переносят в его кроватку. Некоторые дети хуже засыпают после ванны. Поэтому купать детей следует за один-полтора часа до сна. После ванны можно с ребенком поиграть, рассказать ему сказку, почитать и т. д. в зависимости от его возраста. Можно дать ему поужинать.

*Ванны лечебные без назначения врача применять не следует.*

Как и гигиенические, их лучше всего делать за один-два часа до ночного сна. Если ребенок плохо засыпает или беспокойно спит после ванны — лучше делать их днем, за час до обеда или через два часа после приема пищи.

**Теплые и горячие ванны.** Повышать *температуру следует постепенно, подливая горячую воду,* а не сразу опускать ребенка в ванну с заданной температурой.

**Соленые ванны** чаще всего назначают детям старше года при лечении остаточных явлений рахита.

На ведро воды для первых 10—12 ванн берут 50 *г* морской или простой соли. Для следующих 10—15 ванн берут 100 *г* соли. Продолжительность ванны обычная — 5—10 минут в зависимости от возраста ребенка. Температура воды — 36—37°С. Если соленая вода раздражает кожу, лучше от ванны отказаться или добавлять в воду крахмал.

Соленые ванны нельзя назначать, если у ребенка довольно обширные зудящие или мокнущие сыпи, а также детям сильно истощенным, с повышенной возбудимостью нервной системы.

После ванны — обливание простой водой.

**Ванны крахмальные** применяют при некоторых кожных сыпях, но без мокнутья.

На ванну в 30—50 литров воды берут около 500 *г* крахмала, разбалтывают его в небольшом количестве теплой во-

ды. Затем растворяют добавлением горячей воды и вливают в ванну.

**Ванны из отрубей.** На ванну в 30 литров воды берут 200— 400 *г* пшеничных отрубей, завязывают в небольшой мешочек из тонкой ткани, легко проницаемой для воды, отваривают в 2—3 литрах воды и вливают в ванну. Мешочек с отрубями тоже кладут в ванну.

**Дубильные ванны** (30 литров). 100—150 *г* дубовой коры хорошо отваривают в 3—4 литрах воды, процеживают отвар и добавляют в ванну. Можно на 20—30 литров воды взять 3—4 *г* танина.

**Хвойные ароматические ванны** и другие применяют детям с повышенной нервной возбудимостью (2—3 раза в неделю). Температура воды — 36,6—37°С. Длительность ванны 7—10 минут.

15—20 *г* хвойного экстракта растворяются в 10 литрах воды. Можно пользоваться и сосновой хвоей; отвар делается так же, как и из отрубей.

**Бальзамические ванны.** 100—150 *г* листьев бальзамического тополя заваривают в литре кипятка. Настаивают в течение 40—60 минут. Полученный настой добавляют в ванну к 10—12 литрам воды.

**Ванны с валериановым корнем.** 3—4 *г* валерианового корня настаивают в течение одного часа в литре кипятка, процеживают и полученный настой добавляют в ванну к 10—12 литрам воды.

**Ванны с ноготками (календулой)** делают так же.

Наряду с гигиеническими и другими ваннами при лечении и особенно закаливании детей следует широко применять **обтирания, обливания и душ.**

**Обтирания** показаны для закаливания детей как лечебная процедура при лечении детей с повышенной нервной возбудимостью и иногда — для понижения температуры тела.

Прежде чем начинать обтирания, следует посоветоваться с врачом поликлиники о температуре воды, длительности манипуляций и т. д.

Ребенок должен стоять на коврике, в тазу с теплой водой или в ванне, дно которой предварительно нагрето теплой водой. Обтирают детей мягкой губкой, фланелевой рукавичкой или полотенцем.

С целью закаливания или укрепления нервной системы ребенка обтирания надо начинать теплой водой и лишь постепенно снижать температуру воды. Многие ошибочно думают, что холодные обтирания благотворно действуют на нервную систему. В большинстве случаев она возбуждает ребенка, хотя часто и нравится ему.

Мы рекомендуем начинать обтирать детей водой с температурой 36—37° и каждые 5—7—10 дней (в зависимости от

возраста ребенка и его субъективной реакции) понижать температуру воды на 1°С, постепенно доводя ее до 26° (малышам) и до 24° — более старшим детям.

В комнате, где проводится обтирание, должно быть тепло.

Когда ребенок приучен к прохладным обтираниям, с целью закаливания следует ноги (голень и стопу) обтирать водой с постепенно еще более снижаемой температурой (до 18—16—14°С).

Если в период проводимых обтираний ребенок случайно заболеет — надо временно прекратить их и снова возобновить, когда он поправится. В этих случаях нужно возобновлять обтирания водой с температурой на 2—3° выше по сравнению с водой, когда эти манипуляции пришлось временно прекратить.

Детей, привыкших к обтираниям, можно обливать водой такой же температуры. Более старших и достаточно крепких детей можно обливать водой комнатной температуры (18—20°).

**Обливания и обтирания**, как правило, назначаются детям после полутора лет, но в жаркое время года эти процедуры, особенно полезны и грудным детям. В дневные часы они предупреждают перегревания, столь опасные для детей этого возраста.

Прохладные обтирания полезны, как мы указывали, детям с повышенной температурой тела (особенно, если высока также температура окружающего воздуха). С этой целью пользуются водой 20—30°. Сперва лежащему ребенку обтирают лицо и переднюю поверхность тела. Потом — заднюю. Избыток воды удаляют сухим полотенцем, не добиваясь полного устранения влажности кожи.

**Душ** в виде укрепляющей, закаливающей и охлаждающей процедуры детям раннего возраста применять не следует. В дошкольном возрасте душ можно назначать, но следует пользоваться душевой сеткой на подвижном шланге, чтобы высота падения воды не превышала 25—50 *см* (напор воды — слабый). В школьном возрасте теплые, тепловатые и прохладные, но не холодные души с высотой падения воды не более 80—100 *см,* при умеренном напоре воды применять можно как один из моментов и закаливания и воздействия на нервную систему ребенка.

**Речные и морские купания и солнечные ванны** принадлежат к числу сильных воздействий на больных детей. Использовать их в лечении можно только с разрешения врача. *При выезде с ребенком в курортные районы необходима дополнительная консультация с местным детским врачом, хорошо знающим климатические, бальнеологические и другие особенности своего курорта.*

## Компрессы, горчичные обертывания и другие отвлекающие процедуры

**Компресс влажный (согревающий)** вызывает длительное расширение кожных и глубжележащих кровеносных сосудов, что ускоряет разрешение воспалительного процесса. Согревающие компрессы ставят на грудную клетку, на живот, на шею, на конечности (при местных воспалительных процессах).

Для компресса берут кусок полотняной или бумажной материи, хорошо впитывающей воду (или марлю, сложенную в несколько слоев). Если компресс ставят на грудную клетку или на живот, можно взять маленькое полотенце. Его смачивают слегка тепловатой водой, выжимают, прикладывают к коже и покрывают клеенкой или вощаной бумагой. Клеенка должна быть по размерам больше материи и полностью закрывать ее. Поверх клеенки кладут довольно толстый слой ваты. Вся эта повязка забинтовывается так, чтобы компресс плотно (но, конечно, не туго!) прилегал к телу и не сдвигался с места.

При накладывании компресса на шею следует бинтовать не только вокруг шеи, но и через голову, чтобы он хорошо держался и плотно прилегал к коже.

Иногда вместо воды ставят **водочный компресс.**

Согревающий компресс держат приблизительно 12 часов. При снятии правильно поставленного компресса ткань, смоченная водой, должна быть влажной и теплой. После этого надо хорошо протереть кожу спиртом пополам с водой, водкой или одеколоном и хорошо, насухо вытереть. Следующий компресс, если это необходимо, можно поставить через один-два часа.

*Детям раннего возраста не следует ставить согревающий компресс на грудную клетку, так как он стесняет дыхание.*

Согревающий компресс на ухо довольно часто приходится ставить детям старше 3—4 лет. Малышей он сильно беспокоит, и до года лучше воздерживаться от него.

Небольшой кусок полотняного материала или марли складывают в несколько слоев. В центре делают разрез, чтобы не закрывать ушную раковину. Смачивают материю в воде или водке и накладывают так, чтобы она не закрывала ушную раковину. Поверх накладывают кусок компрессной клеенки или вощанки (также с разрезом), а затем слой ваты, закрывающий весь компресс и ушную раковину, после чего забинтовывают.

**Горчичное обертывание грудной клетки** сравнительно часто применяется при лечении воспаления легких, бронхита и плеврита. Одну столовую ложку сухой горчицы хорошо размешивают сперва в небольшом количестве теплой воды, за-

тем добавляют до объема стакана горячую воду (но не крутой кипяток!), дают немного постоять и процеживают через тоненькую полотняную тряпочку. В процеженном настое смачивают тоненькую тряпочку или маленькое полотенце, хорошо отжимают и обертывают грудную клетку ребенка. Поверх грудную клетку завертывают фланелевым бинтом или небольшим шерстяным платком.

Такую горчичную повязку нужно держать 20—30 минут до яркого покраснения кожи. Сняв повязку, кожу грудной клетки тщательно обтирают теплой водой, чтобы не осталось горчицы, хорошо вытирают, одевают ребенку теплую рубашку, укладывают в постель и укрывают одеялом.

Горчичные обертывания по указанию врача повторяют ежедневно или через день.

**Горчичники** применяют чаще всего при заболеваниях органов дыхания. Иногда накладывают несколько горчичников на грудную клетку, а при трахеите, например, накладывают по одному или по половине горчичника спереди (под шеей) и сзади (между лопатками). Иногда горчичники как отвлекающее средство прикладывают к икрам голеней.

Обычный аптечный горчичник (8×12 *см*) смачивают теплой водой, плотно прикладывают к коже, укрепляют бинтом и оставляют на 5—10 минут до появления красноты кожи (но не доводя до ожога!) После снятия горчичника кожу обтирают теплой водой.

При отсутствии аптечных горчичников можно приготовить их и дома: сухую горчицу разводят в теплой воде до кашицеобразной консистенции, наносят тонким слоем на тряпочку, прикрывают слоем чистой ветоши и прикладывают к коже. Для меньшего раздражения кожи сухую горчицу предварительно смешивают с двойным-тройным количеством муки.

*При сильном жжении* (надо учитывать, что дети иногда начинают слишком рано жаловаться) *горчичник надо снять.*

При заболеваниях кожи горчичники и горчичные обертывания противопоказаны.

**Банки,** накладываемые с огнем. В домашних условиях ставить их самими родителями не рекомендуется.

Можно пользоваться лишь банками с резиновыми баллонами. Чаще всего их ставят на спину или на поясницу. Ребенок лежит на животе. Кожу предварительно смазывают вазелином для улучшения прилегания банок. Хорошо сдавив баллон, банку плотно прижимают к коже и дают медленно расправиться баллону. При хорошем присасывании кожа втягивается в банку на 1—1,5 *см.* Банки оставляют на 10—15 минут. Затем их осторожно снимают.

Число банок варьируют в зависимости от их диаметра, возраста ребенка и показаний.

**Грелки** применяются для общего или местного согревания ребенка (например, при болевых ощущениях в области живота или печени).

Резиновую грелку наполняют горячей водой не полностью. Оставшийся в ней воздух осторожно выжимают. Грелку закрывают завинчивающейся пробкой, обтирают и тщательно проверяют — нет ли в каком-либо месте, чаще всего у пробки, протекания. Затем обертывают полотенцем.

Если грелка очень горячая, ее кладут сперва на одеяло, а по мере остывания — под одеяло и под простыню.

При отсутствии грелок можно пользоваться большими бутылками с плотно закрывающимися пробками.

## Клизмы

Число действий кишечника у грудных детей может колебаться в довольно широких пределах. На первых неделях жизни стул бывает 4—5 раз в сутки, несколько позже — 2—3 раза и к концу первого года — 1—2 раза.

У детей на искусственном вскармливании число дефекаций обычно бывает реже.

У детей более старших стул бывает, как правило, один раз в сутки.

У некоторых детей стул бывает не каждый день и, если это не сопровождается у маленьких детей вздутием живота, усиленным отхождением газов и беспокойством ребенка, с клизмой не стоит спешить. Если же задержка стула затягивается более чем на 30—36 часов или на меньший срок, но ребенок начинает явно страдать от этого, необходимо поставить клизму.

У детей дошкольного и школьного возраста нередко бывают привычные запоры, которые возникают, если повторно подавлять дефекацию усилием воли (чаще дети «заигрываются»). Стул при этом сильно уплотняется, при дефекации появляются болезненные трещины, дети начинают из-за страха боли еще настойчивее затягивать действие кишечника.

Необходимо приучать детей по возможности всегда в одно и то же время пользоваться уборной. Это является важным фактором в профилактике привычных запоров.

**Очистительная клизма** — одна из наиболее частых процедур, применяемых при уходе за больными детьми. К сожалению, матери очень часто злоупотребляют клизмами, прибегая к ним без необходимости (например, при некоторой задержке стула у совершенно здоровых детей), вместо пользы это приносит вред, еще более усиливает у детей наклонность к запорам.

В некоторых случаях, не как систематически проводимую, а как случайную процедуру, клизму можно применить без

назначения врача, например, когда у грудного ребенка, имеющего обычно самостоятельный стул, при случайно допущенной погрешности в диете возникла задержка его на сутки и более.

Если ребенок жалуется на сильные боли в животе, остро возникшие, нарастающие по интенсивности или периодически повторяющиеся с небольшими интервалами, — надо срочно вызвать врача неотложной помощи, а до его приезда ни в коем случае клизму не ставить, так как, например, при остром аппендиците или при язвенной болезни это может сильно повредить ребенку, вызвать тяжелые осложнения.

Для клизмы детям раннего возраста употребляют резиновый баллон с мягким наконечником. Иногда на твердый наконечник баллона надевают резиновую газоотводную трубочку. Старшим детям ставят клизму из кружки Эсмарха, которая бывает стеклянной, металлической или резиновой.

Воду для клизмы берут кипяченую. Объем воды, вводимой с клизмой, для детей первых 3 месяцев жизни — 30—60 *мл* (баллон № 2), от 4 до 6 месяцев — 60—100 *мл* (баллон № 3—4), детям 7—12 месяцев — 120—150 *мл* (баллон № 4—5), 2—5 лет — 180—200 *мл* (баллон № 5—6) и детям 6—12 лет — 200—250 *мл* (баллон № 6).

Температура воды клизмы для новорожденных — 30°, для грудных детей — 28°, для более старших — 20—25°; при привычных запорах у более старших детей — 16—18°.

*Количество вводимой жидкости не должно значительно превышать указанные объемы, так как при массивных клизмах растягивается нижний отдел прямой кишки, что способствует задержке испражнений.*

Вода не должна быть и слишком теплой, так как при этом не получается рефлекса на раздражение холодом со стороны слизистой кишечника и вода может просто всосаться. При повышенной температуре тела у больного ребенка температура воды для клизмы может быть на 1—3° теплее указанной.

Сжав баллон, набирают в него воду, поднимают наконечник вверх и осторожно выпускают оставшийся воздух до тех пор, пока не начнет выходить вода. Затем, не изменяя силы сжатия, снова опускают наконечник в воду, дают расправиться баллону. Вода теперь заполняет его полностью. Надевают наконечник. Небольшой остаток воздуха в баллоне и наконечнике удаляют повторным легким сжатием.

При пользовании кружкой Эсмарха наливают в нее необходимое количество воды и выпускают несколько капель, чтобы удалить воздух.

Ребенок при клизме должен лежать на левом боку. Ноги должны быть согнуты в коленных суставах и слегка приведены к животу, таз следует слегка приподнять.

Наконечник смазывают вазелином и вводят в прямую кишку на 4—5 *см.* Когда жидкость начинает свободно поступать в прямую кишку, наконечник можно продвинуть еще на несколько сантиметров.

Воду вводят сперва медленно и лишь постепенно повышают давление, усиливая сжатие баллона, до полного его опорожнения. Затем, не разжимая баллон, вынимают наконечник из заднего прохода.

Дети не любят и боятся клизм. Надо стараться успокоить их, но если ребенок испытывает боль, надо временно приостановить введение воды.

При пользовании кружкой Эсмарха ее поднимают постепенно на 70—100 *см.* Если нет помощника, который держит кружку, надо подвесить ее над кроватью больного ребенка. После того как вся вода войдет в кишечник, пережимают резиновую трубку, чтобы в кишечник не попал воздух, и вынимают наконечник из кишки. Когда наконечник извлечен, старшие дети должны задержать выход воды на 3—5 минут; малышам с этой целью сжимают ягодицы.

Маленьким детям иногда назначают клизмы из настоя ромашки, но это существенных преимуществ перед простой водой не имеет. Если обычная клизма с чистой водой не дает достаточного опорожнения кишечника, можно прибавлять к воде небольшое количество глицерина (1—2 чайные ложки на стакан воды), касторового или постного масла. Мыльная вода часто вызывает раздражение слизистой прямой кишки, особенно у маленьких детей. Добавлять к воде поваренную соль (гипертоническая клизма) мы не рекомендуем, так как у очень многих детей после этого появляются мучительные и часто ложные позывы на действие кишечника.

Перед клизмой и после нее баллон, кружку Эсмарха и наконечник надо тщательно вымыть горячей водой снаружи и внутри.

Если у ребенка имеется значительное вздутие живота, лучше прибегать не к клизмам, а вводить в задний проход на несколько минут резиновую газоотводную трубочку.

У грудных детей очень часто удается добиться опорожнения кишечника введением в прямую кишку газоотводной резиновой трубочки, но злоупотреблять этим тоже не следует.

**Лекарственные клизмы** можно делать только по назначению врача.

При проведении их необходимо соблюдать следующие правила: 1) объем клизмы не должен быть большим — детям раннего возраста — 20—25 *мл,* 3—10 лет — до 50 *мл,* более старшим — 50—60 *мл;* 2) температура вводимой жидкости — 37—38°; 3) за 15—20 минут до лекарственной клизмы надо поставить очистительную, чтобы очистить слизистую и улучшить всасывание лекарств; очистительную клиз-

му не надо ставить, если за 15—20 минут до клизмы был самостоятельный стул у ребенка; 4) лекарственную клизму медленно вводят резиновым баллоном или шприцем через резиновый катетер; 5) после извлечения наконечника ягодицы держат сжатыми 10—15 минут или стягивают полосками липкого пластыря.

Совершенно также ставят **масляные клизмы** при запорах (15—30 *мл* растительного, вазелинового или касторового масла), крахмальные клизмы (5—10 *г* крахмала на 100 *мл* воды), когда наблюдается раздражение прямой кишки (при колитах или в результате частого введения газоотводной трубочки), из отваров ромашки (1—2 чайные ложки на 200 *мл* воды) — при метеоризме.

Из лекарственных клизм чаще всего приходится ставить клизмы с хлоралгидратом (15—30 *мл* 2-процентного раствора) при судорогах.

**Питательные клизмы** делаются так же, как и лекарственные. Прибегать к ним надо только по назначению врача, если нормальный прием пищи через рот почему-либо затруднен. Для питательных клизм назначают молоко, молочные смеси, бульон с добавлением желтка и т. д.

**Свечи (суппозитории)** при лечении детей применяются сравнительно часто для введения лекарств, имеющих неприятный вкус или легко разрушающихся в желудке под влиянием желудочного сока.

*Без назначения врача применять их не следует.*

# VI. Выполнение назначений врача

## Лекарства, даваемые внутрь

Детям, оставленным для лечения дома, чаще всего лекарства вводят через рот.

Для введения лекарств **подкожно или внутримышечно**, как правило, поликлиника направляет сестру. В виде исключения, например, ребенку, больному сахарным диабетом, инъекции инсулина приходится делать ежедневно, а часто даже несколько раз в день. В этих случаях, конечно, целесообразно матери научиться самой делать инъекции.

Маленьким детям лекарства через рот вводят в жидком виде, лучше всего в форме подслащенных микстур, отваров, настоев и т. д. Таблетки надо размельчать и растворять в воде, а еще лучше — в слабом сахарном сиропе. Некоторые рекомендуют на кончик чайной ложки взять немного сахарного песку, слегка смочить его, а затем на влажный сахар насыпать лекарство и покрыть его снова сахарным песком. При такой маскировке ребенок не почувствует вкуса лекарства.

С пищей лекарства смешивать не следует, так как они часто придают неприятный привкус и потом ребенок отказывается от еды.

Если маленький ребенок крепко зажимает рот, надо осторожно сжать нос двумя пальцами; ребенок откроет рот для вдоха, в этот момент надо влить ему лекарство и когда оно будет проглочено, разжать нос.

Число и часы приемов лекарства, конечно, указывает врач. *Нарушать ночной сон детей для приема лекарства можно лишь в виде исключения.*

Дети более старшие почти всегда, если их ласково уговорить, принимают лекарства без сопротивления. Начиная с 6—7 лет, а иногда и раньше, многие дети умеют глотать таблетки и пилюли.

## Глазные капли и мази

Маленькие дети должны лежать на спине, более старшие — сидеть. Глазные капли пускают специальной пипеткой, которую всегда надо держать в чистоте и кипятить перед употреблением.

Вымыв руки и набрав лекарство в пипетку, мать пускает капли сперва в один, потом в другой глаз. Для этого немного оттягивают левой рукой нижнее веко, а правой — сжимают резиновый баллончик пипетки. Достаточно впустить 1—2 капли, затем закрывают глаз чистым куском ваты и вытирают

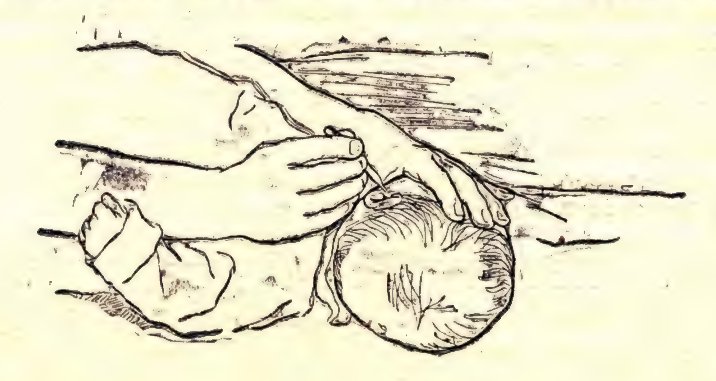


вытекающие капли по направлению от наружного угла к носу. Для каждого глаза берут отдельный кусочек ваты.

Мазь глазную закладывают специальной стеклянной палочкой за нижнее веко, а потом чистым пальцем или кусочком ваты слегка растирают закрытый глаз, чтобы мазь разошлась по всему глазу.

## Ушные капли

Маленьким и старшим детям удобнее пускать капли в ухо, когда они лежат, сперва на одном, потом на другом боку.



Пальцами немного оттягивают ушную раковину кверху и кпереди и пускают по одной-две капли. Предварительно их надо подогреть, поставив бутылочку в стаканчик с теплой водой.

## Ингаляция

Для ингаляции используют обычный ингалятор.

Ребенок сидит на стуле, ему предлагают открыть рот и глубоко дышать. Маленьких детей помощник держит на коленях, как при осмотре зева. Крик ребенка не мешает, так как при этом он открывает рот и периодически делает глубокие вдохи.

При отсутствии ингалятора в домашних условиях можно пользоваться небольшим металлическим чайником, в который и наливают раствор, назначенный для вдыхания. Чайник ставят на электрическую плитку. На носик надевают довольно длинный раструб в виде воронки, сделанный из плотной бумаги.

Ингаляция требует осторо́жности. Взрослые должны хорошо владеть этой техникой и предварительно всегда убедиться на себе, на каком расстоянии должен сидеть ребенок, чтобы пар не обжег слизистой оболочки рта и кожи лица.

## Физкультура

Среди мероприятий, обеспечивающих правильное физическое развитие здоровых детей, а также в профилактике и лечении их заболеваний большое значение имеют гимнастика и массаж.

Физкультура благотворно воздействует на мускулатуру, кровообращение, дыхание, нервную систему, обмен веществ и т. д. Для здоровых детей это один из методов правильного воспитания, для больных — фактор лечения и предупреждения различных осложнений основной болезни.

*Физические упражнения необходимы детям всех возрастов, начиная с 2—3-месячного возраста.* Применять массаж, профилактическую и лечебную гимнастику можно лишь с разрешения лечащего врача. Врач или медицинская сестра должны научить родителей и даже самих старших детей тем упражнениям, которые возможны и необходимы. Во многих случаях — это обычные массаж и гимнастика для детей раннего возраста и повседневная утренняя физкультурная зарядка; в других — это лечебная гимнастика, направленная на устранение тех или других дефектов — плохой осанки ребенка, деформаций грудной клетки и т. д. [1].

---

[1] Рекомендуем прочитать брошюру В. Е. Васильевой и А. Ф. Коптелина «О физическом развитии детей и подростков». М., «Знание», 1969.

## VII. Как собрать для анализа мочу, кал и мокроту

Очень многие заболевания протекают с временным нарушением функции почек. После выздоровления ребенка это осложнение в большинстве случаев проходит. Иногда функция почек может нарушаться и лекарствами, которые получал ребенок.

Вот почему необходимо при всяком заболевании детей и в острый период и по выздоровлении сделать анализ мочи. Анализ мочи, конечно, делает лаборатория, но собрать ее надо дома и собрать правильно. Моча, загрязненная при собирании, может легко дать повод к ошибочному диагнозу и, следовательно, назначению ненужного, а иногда вредного лечения.

Для полного анализа необходимо около 100—120 *мл* мочи. Лучше собрать первую утреннюю мочу. Перед ночным сном ребенка, особенно девочку, надо хорошо подмыть теплой водой. Утром, когда ребенок проснется, надо еще раз подмыть его перед первым мочеиспусканием. После этого он должен помочиться в заранее подготовленный хорошо вымытый сосуд (горшок, банку или стакан).

Выделенную мочу надо перелить в чистую, хорошо вымытую бутылочку, тоже заранее подготовленную. На бутылочку надо наклеить записку (фамилия, имя, возраст и адрес ребенка).

Мочу надо снести в лабораторию. Дома долго держать ее не следует, так как она разлагается, в ней размножаются бактерии и анализ может оказаться не совсем правильным. Бутылочку с мочой до отправки в лабораторию нужно держать в холодной воде или между окон в холодное время года.

Сбор мочи у старших детей не представляет никаких затруднений.

У грудных и маленьких детей, которые еще не просятся на горшок (особенно у девочек), это несколько труднее.

Можно собрать мочу на хорошо вымытую горячей водой клеенку, положенную между ног. Собирают мочу и в подложенную под ребенка глубокую тарелку, края которой обложены мягкой материей.

Кал для анализа на яйца глистов и полную копрограмму собирают в чисто вымытый горшок. Из него (из разных мест)

берут стеклянной или деревянной палочкой маленькие кусочки и переносят их в чистую маленькую баночку или коробочку.

Старшие дети выделяют мокроту при кашле и сами могут собрать ее в хорошо вымытую и высушенную стеклянную посуду. Маленькие дети мокроту проглатывают, и собрать ее значительно труднее. Лучше это сделает врач или участковая сестра поликлиники.

Мать держит ребенка на коленях так же, как при спринцевании или осмотре зева. Сестра левой рукой нажимает шпателем на корень языка, что обычно вызывает у ребенка кашлевой толчок с отделением мокроты. При появлении в зеве ее подхватывает на палочку, конец которой обмотан ватой. Палочку с мокротой на ватном тампоне помещают в пробирку и отправляют в лабораторию. Совершенно так же, но не вызывая кашлевого толчка, берут мазок из зева, чаще всего с нёбных миндалин.

Мокрота и мазки из зева чаще всего исследуются при анализах на дифтерийную палочку или на другую бактериальную флору. Поэтому ватный тампон на палочке и пробирка должны быть стерильными. Их обычно и приносит с собой сам врач или сестра.

# Заключение

Этой небольшой брошюрой мы хотели помочь вам в лечении и уходе за больным ребенком в домашних условиях.

Как в воспитании здоровых детей, так и в профилактике и лечении их заболеваний очень велика роль родителей. Дети с более серьезными заболеваниями и заболеваниями, требующими специальных методов лечения, направляются на излечение в больницы. Долечивание их часто проводится в санаториях, но гораздо чаще — в условиях семьи.

Значительно чаще у детей наблюдаются заболевания и состояния, пограничные с нормой, не требующие специального лечения.

Успех домашнего лечения и проведения профилактических мероприятий в значительной мере зависит от самого тесного контакта между детским врачом поликлиники и семьей ребенка. Врач, наблюдающий и лечащий ребенка с первых дней его жизни и до окончания им средней школы, должен быть в самом истинном смысле слова врачом семьи, самым близким и искренним ее другом. Этот контакт, конечно, зависит не только от внимания, знаний и чуткости врача и любви его к своим маленьким и юным пациентам, но и от внимательного и чуткого, полного искреннего уважения родителей к врачу своего ребенка.

Хочется думать и надеяться, что наша брошюра поможет каждой семье не только расширить знания по уходу за больным ребенком в домашних условиях, но и еще сильнее укрепить тесный контакт с районной детской поликлиникой и своим участковым детским врачом.

Это безусловно необходимо для охраны здоровья детей в каждой семье, а тем самым — всего подрастающего поколения нашей Родины.

# АПРЕЛЬ — МЕСЯЦ ВЕЛИКОГО ЮБИЛЕЯ

## ВСЕ ЛУЧШЕЕ — ДЕТЯМ!

*(ЗАБОТА В. И. ЛЕНИНА О ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ)*

**Советский Союз — первая страна в мире, девизом которой стали слова: «Все лучшее — детям!». Нигде в мире нет такого обилия лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений, такого числа медицинских работников, которые посвятили бы свою деятельность одной из самых гуманных задач — охране здоровья матери и ребенка. И начало это государственной, поистине отеческой, заботе о детях положил В. И. Ленин.**

## ВМЕСТО ВРАЧА — ЗНАХАРКА

Учреждений по охране материнства и детства в дореволюционной России почти не было. В 1913 году в стране насчитывалось всего 7,5 тысячи коек (врачебных и акушерских) для беременных женщин и рожениц. На окраинах империи — на территории нынешних союзных республик (в Узбекистане, Казахстане, Киргизской и Туркменской ССР) имелось всего 116 коек для рожениц, на территории Армянской и Таджикской ССР их не было вовсе.

Роды, как правило, принимались на дому повитухами, имевшими незначительную подготовку, а на селе — невежественными знахарками. Многие женщины-крестьянки часто в течение жизни не видели ни одного врача. Во всей огромной стране было лишь 9 консультаций для женщин и детей!

Отсутствие медицинской помощи беременным приводило к высокой материнской и детской смертности. Более 30 тысяч женщин ежегодно погибали в основном от септических послеродовых заболеваний, так называемой родильной горячки.

Огромной была в России и детская смертность. Вспомним хотя бы такую цифру — 273. 273 ребенка из каждых 1000 родившихся умирало, не достигнув года жизни. Особенно катастрофическим было положение на окраинах империи, где многие народности буквально вымирали.

## ОСВОБОЖДЕНИЕ — В БОРЬБЕ!

Борьба за охрану женщин и детей в царской России была неразрывно связана с общей борьбой рабочего класса за свои социальные и политические права, против самодержавия и капиталистического строя.

Владимир Ильич Ленин еще задолго до победы Великой Октябрьской социалистической революции уделял большое внимание положению женщин и детей в стране. Требования об охране материнства и детства были разработаны им еще в 1894 году, когда Ильич работал над проектом программы Российской социал-демократической партии. Эти требования нашли четкую формулировку в Программе партии, принятой на II съезде в 1903 году.

Программа предусматривала запрещение предпринимателям пользоваться трудом детей школьного возраста и ограничение рабочего времени подростков шестью часами; запре-

щение женского труда на вредных производствах; освобождение беременных женщин от работы в течение четырех недель до и шести недель после родов с сохранением заработной платы за все это время.

Особую тревогу вызывало у вождя состояние здоровья детей рабочих. В своей книге «Развитие капитализма в России» В. И. Ленин изобличил буржуазию в преступлениях против детей. Безудержная бесчеловечная эксплуатация, потогонная система труда на капиталистических предприятиях, рабочий день, длящийся иногда 12—15 часов в сутки, отсутствие элементарных санитарно-гигиенических условий труда и быта, крайне недостаточная и убогая медицинская помощь — вот лишь некоторые штрихи, рисующие картину бедственного положения подрастающего поколения.

Владимир Ильич неоднократно писал, что класс буржуазии заслуживает ненависть уже только потому, что калечит физически и нравственно детей, принося их жизнь и здоровье в жертву своей безмерной жадности. Лишь пролетарская революция, лишь новый общественный уклад, указывал он, позволят создать социальные условия для подъема здравоохранения в стране, в том числе — для развития медицинской помощи детям.

## ДЕКРЕТЫ ЗДОРОВЬЯ

С первых лет своего существования молодая Республика Советов поставила под особый контроль и внимание проблему охраны здоровья подрастающего поколения. Ленинская забота о детях проявилась во множестве государственных актов, декретов, постановлений, принятых правительством.

Еще в декабре 1917 и в январе 1918 года правительством были изданы специальные постановления, в которых излагались основные задачи и перспективы развития охраны материнства и младенчества в стране.

Многочисленные документы, воспоминания современников, письма и записки Ильича — свидетельство того, что великий вождь вникал во все детали организации здравоохранения республики, в том числе — в организацию эффективной медицинской помощи детям. На заседаниях Совета Народных Комиссаров неоднократно ставились и решались актуальные вопросы об улучшении детского питания, об обеспечении детских учреждений помещениями и т. п.

Представим себе те далекие, но навсегда оставшиеся в наших сердцах годы. Разоренная империалистической войной страна вновь встала под ружье, напрягая все силы для борьбы с внешней и внутренней контрреволюцией. На огромных территориях свирепствовал тиф. Остановились десятки и сотни предприятий. Пустели села. Зарастали бурьяном железные дороги. Не хватало самого главного, необходимого — хлеба.

Обеспечение детей питанием... От решения этой проблемы зависело не только состояние здоровья и физическое развитие детей, но и сохранение их жизни.

Именно поэтому 14 сентября 1918 года Совет Народных Комиссаров принял постановление «Об усилении детского питания». Организация питания молодых граждан молодой республики была признана первоочередной государственной задачей.

Постановлением вводились особые детские карточки для детей до 1 года, устанавливался дополнительный паек для

детей от 1 года до 5 лет и предусматривалась выдача пайка первой категории или дополнительной продуктовой карточки кормящим матерям. Народному Комиссариату просвещения поручалась организация школьных столовых, обеспечивающих учащихся горячей пищей. Народному Комиссариату здравоохранения вменялось в обязанность организовать питательные пункты для всех детей от 5 до 16 лет, не посещающих школы.

23 сентября 1918 года В. И. Ленин подписал постановление СНК, дополняющее и развивающее решение от 14 сентября. В соответствии с этим постановлением всем местным Советам рабочих и крестьянских депутатов предлагалось организовать фонд детского питания, а также выделялось 50 млн. рублей на детское питание.

1 января 1919 года В. И. Ленин подписал декрет «Об учреждении Совета защиты детей», в который входили представители наркоматов просвещения, социального обеспечения, здравоохранения, продовольствия и труда. Одна из обязанностей нового Совета — контроль за неуклонным выполнением принятых постановлений, касающихся снабжения детей пищей и одеждой, обеспечения их помещениями, топливом, медицинской помощью.

Н. А. Семашко писал о том, что Владимир Ильич неоднократно говорил: «...Мы, взрослые, поголодаем, но последний кусок сахара, последний кусочек масла мы отдадим детям. Пусть лучше эти тяжелые события лягут на плечи взрослых, но всячески пощадим детское население».

Даже в самые тяжелые годы, когда в стране царил голод, дети получали бесплатные карточки и по ним — бесплатные продукты, в особенности такие питательные, как сахар, масло, яйца и др.

В 1919—1921 годах В. И. Ленин подписал еще несколько документов, касающихся улучшения жизни и здоровья детей. Они сыграли огромную роль в организации охраны материнства и младенчества на новых, социалистических началах. Нет ни одного сколько-нибудь значительного вопроса, связанного с воспитанием и обучением детей, с борьбой за охрану их здоровья, который не интересовал бы Владимира Ильича, по которому он не дал бы своих указаний и советов.

«Я вспоминаю, — писал Н. А. Семашко, — такой случай: в голодные годы председатель профсоюзов города Иваново Королев приехал ко мне и рассказал об ужаснейшем положении в городе: рабочие разбежались по деревням в поисках картошки, нет топлива, нет сырья для фабрик. Советский Манчестер замер.

Я посоветовал Королеву рассказать все это В. И. Ленину. Созвонился с Владимиром Ильичем, и мы отправились к нему. Владимир Ильич грустно слушает. И вдруг прерывает на полуслове Королева вопросом: «А дети как?». Тов. Королев ответил, что и дети тоже голодают. Владимир Ильич тут же берет телефонную трубку, звонит наркомпроду А. Д. Цюрупе, рассказывает ему о сообщении тов. Королева. Владимир Ильич просит Цюрупу распорядиться о немедленной отправке в г. Иваново для детей самых питательных продуктов (сгущенное молоко, масло, яйца, мука), а также сообщить ему, что и когда будет отправлено и получено».

Спустя несколько дней в Иваново-Вознесенск прибыли дополнительные эшелоны с продовольствием. «Это дядя Ленин прислал», — говорили дети ивановских ткачей.

К середине 1919 года положение с продовольствием в стране еще более ухудшилось. За подписью В. И. Ленина и А. Д. Цюрупы в Симферополь было направлено специальное распоряжение, в котором наркомпроду Крыма предлагалось отправлять все имеющиеся фруктовые консервы и сыр исключительно для питания детей северных районов России.

Большую роль в улучшении медицинской помощи женщинам и детям сыграли совещания работников здравоохранения, в которых принимали участие и представители общественности (члены местных сельских Советов, делегатки женотделов и т. д.).

В декабре 1920 года в Москве проходило первое Всероссийское совещание по охране материнства и младенчества. Из выступлений участников совещания явствует, что за два года в стране было развернуто около 1500 различных учреждений по охране материнства и детства. Среди них — 567 яслей, 108 домов для матерей, 197 консультаций, 108 молочных кухонь и 267 приютов для грудных детей, а также домов отдыха. И все это было создано в стране, народное хозяйство которой находилось в состоянии разрухи, в стране, отдающей все силы на борьбу с интервенцией!

Еще в 1919 году в Москве были открыты первые курсы инструкторов — организаторов охраны материнства и младенчества. Многие сложные научные и организационные вопросы стали решаться после организации в 1922 году в Москве Центрального научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества. Подобные же институты позднее были созданы в Киеве, Харькове, Ленинграде, Ростове, Казани, Баку, Алма-Ате и т. д.

Весной 1922 года состоялось 2-е Всероссийское совещание по охране материнства и младенчества, участники которого обсудили вопросы о работе в деревне, об обслуживании больных детей на дому, о культурно-просветительной работе, о состоянии и подготовке кадров, о воспитательной работе в учреждениях для детей раннего возраста. Решения совещания сыграли плодотворную роль в дальнейшем развитии, в частности женских и детских консультаций.

## «ОБ ИСПОЛНЕНИИ СООБЩИТЬ МНЕ ТОТЧАС...»

Владимир Ильич был инициатором создания многих детских учреждений, борьбы с детской беспризорностью, проведения специальных оздоровительных мероприятий, которые получили воплощение еще при его жизни.

По предложению В. И. Ленина в январе 1921 года при Президиуме ВЦИК была создана комиссия по улучшению жизни детей. Благодаря деятельности комиссии около 5 млн. детей голодающих губерний получили одежду и питание, несколько десятков тысяч детей были переброшены в другие губернии, не пострадавшие от неурожая, и помещены во вновь организованные детские дома.

Комиссия посылала в губернии, пораженные голодом, так называемые врачебно-питательные поезда. В 1921 году курсировало 6 таких поездов: в Казани, Самаре, Челябинске, Уфе, Оренбурге и Сызрани. Поезда были специально оборудованы, их средняя пропускная способность составляла 6000—7000 обедов в день. Одновременно больным детям оказывалась необходимая врачебная помощь, проводились прививки против инфекционных заболеваний.

По указанию В. И. Ленина после победы революции лучшие помещения — дворцы, особняки, квартиры, дачи — были переданы детским учреждениям. Нужно сказать, одна-

ко, что в трудной и сложной военной обстановке некоторые детские учреждения были выселены, а помещения заняты другими организациями, чаще всего военными. Народный Комиссариат здравоохранения обратился в связи с этим за помощью к Владимиру Ильичу. Как писал в своих воспоминаниях Н. А. Семашко, Совет Народных Комиссаров за подписью В. И. Ленина вынес постановление, в котором было предложено губисполкомам срочно освободить и отремонтировать для нужд детей лучшие помещения в городах, населенных пунктах и бывших помещичьих усадьбах. Выселять детские учреждения отныне допускалось лишь в исключительных случаях, связанных с военной необходимостью.

Известен и такой случай. Узнав, что в Сормове задерживалась передача детскому дому заводского помещения, Владимир Ильич направил телеграмму Нижегородскому губисполкому:

«Прошу немедленно назначить строгую и абсолютно беспристрастную комиссию, через надежных коммунистов, лично известных,

— проверку прилагаемого заявления;

— составить *точное* фактическое описание, сколько домов, квартир и комнат занято (каким числом душ) служащими и высшим техническим персоналом;

— какой заводской дом просят для детского дома и какой можно дать;

— точно проверить, кто должен был заведовать этим, *имена* ответственных лиц, адреса их, равно тех, кто произведет расследование.

Об исполнении сообщить мне тотчас через почту или с оказией.

Пред. Совета Обороны *В. Ульянов (Ленин)*»

Очень часто непосредственно к Владимиру Ильичу обращались матери с просьбой оказать ту или иную помощь их ребенку. И всегда эта помощь приходила, всегда со стороны вождя они находили понимание и сочувствие. Известен факт, когда В. И. Ленин лично заботился об устройстве двух девочек: одной — больной тяжелой формой туберкулеза — в санаторий, другой — сироты — в показательную школу Наркомпроса. Однажды он обратился к Н. А. Семашко с просьбой предоставить одной фельдшерице возможность отдохнуть вместе с девочкой сироткой, которая у нее на руках».

Несмотря на огромную занятость, Владимир Ильич находил время для посещения детских учреждений. Он горячо интересовался их работой и всячески старался помочь создать наилучшие условия для отдыха и лечения детей. Он часто бывал, например, в лесной школе, находившейся в Сокольниках, обходил детские помещения, расспрашивал врачей, чем лечат детей.

Владимир Ильич неоднократно подчеркивал, что именно с детского возраста необходимо прививать человеку культурные навыки, приучать его к санитарии и гигиене. «Внушите вы ребятам толково и убедительно, — говорил он, — что необходимо проветривать комнаты, и будьте уверены, что дети, приученные к этому в школе, потребуют у себя в доме, чтобы их жилище обязательно проветривалось, и будут бороться с той дурной привычкой, когда жалея тепло, у нас обыкновенно и рабочие, и крестьяне целыми месяцами не открывают форточек и дышат тем затхлым, вонючим, нездоровым, наполненным бактериями воздухом, который яв-

ляется одной из причин всевозможных заболеваний. Приучите вы в школе детей чистить зубы и ногти, осматривать свою собственную одежду, и они потребуют от матерей и сестер, чтобы их одежда была дома осмотрена и по возможности приведена в порядок. Они введут в обиход своей жизни и чистку зубов, и мытье рук перед едой, и все те навыки, которые так необходимы для культурного человеческого жилья».

Известен случай, когда В. И. Ленин, Н. К. Крупская и Ф. Э. Дзержинский посетили детский дом в Москве на 3-й Тверской-Ямской улице, расположенный в бывшем особняке фабриканта. Дети встретили их радостно. Старинный особняк наполнился звонкими голосами тех, кто еще вчера бродяжничал в поисках куска хлеба и искал тепла на чердаках и в подвалах. Ленин, Дзержинский и Крупская сердечно беседовали с детьми, с интересом разглядывали их рисунки, шутили и смеялись, радуясь вместе с детьми их новой жизни.

Бывший председатель Сибирского совнархоза А. В. Шатман в своих воспоминаниях рассказывал, как однажды 75-летний крестьянин Путинцев просил у вождя разрешения поставить ему памятник в станице Урлютунской. Ленин ответил отказом. Тогда Путинцев предложил организовать в станице детский сад. Владимир Ильич горячо поддержал эту мысль и собственноручно выдал крестьянину следующий документ:

«Сибирским советским учреждениям

26 июня 1920

Прошу оказать всяческое содействие подателю, товарищу *Путинцеву*, Илье Даниловичу, для организации детского сада и других подобных предприятий в его местности, Семипалатинской губернии, Павлодарском уезде.

Пред. Совета Труда и Обороны *В. Ульянов (Ленин)*»

По инициативе В. И. Ленина в 1920 году под Москвой был создан совхоз «Лесные поляны». Владимир Ильич поставил перед совхозом задачу снабжения молоком и другими продуктами больниц и детских учреждений. Он рекомендовал вокруг Москвы создать не одно, а множество крупных государственных хозяйств. Мероприятия, проводимые в этом направлении, он всячески поддерживал. «Я представлял Владимиру Ильичу, — вспоминал В. Д. Бонч-Бруевич, — ежедневную рапортичку о ходе стройки совхоза, и он особо был доволен и даже позвонил мне по телефону, когда в рапортичке было отмечено, что, наконец, мы смогли уже выслать молоко в туберкулезный замоскворецкий диспансер, Кремлевскую больницу и детские учреждения Наркомздрава. Он поздравил меня с большим достижением, подробно расспрашивал о делах совхоза». В другом месте В. Д. Бонч-Бруевич писал о том, как доволен был Владимир Ильич, когда узнал, что кооперативу «Коммунист» удалось разыскать и доставить с севера в Москву большие запасы рыбьего жира, которым стали снабжать детские туберкулезные диспансеры, лесные школы и другие учреждения, где находились дети с ослабленным здоровьем.

Уже в первые годы Советской власти усилиями партии и правительства, всего народа была ликвидирована безнадзорность детей, улучшено их питание, быстро увеличилось число детских домов, домов младенца и других учреждений.

Весной 1921 года было организовано 26 школ-санаториев для больных детей, летом того же года количество летних

детских лагерей увеличилось в 3—4 раза по сравнению с 1920 годом. Значительно улучшилось снабжение детских домов, детских садов, яслей и школ бельем, одеждой, обувью.

## ЗАБОТА О ЖЕНЩИНЕ-МАТЕРИ

В конце прошлого и начале XX столетия в акушерстве и гинекологии преобладало хирургическое направление. Консервативное лечение гинекологических заболеваний и, тем более, вопросы профилактики акушерской патологии и гинекологических заболеваний изучались недостаточно.

В дореволюционный период не нашли поддержки попытки обезболивания родов. Слабо были развиты и методы лечения осложнений беременности, а также консервативной (нехирургической) терапии различных гинекологических заболеваний. Успехи отечественных акушеров и гинекологов в области изучения многих заболеваний, методы лечения, которые они предлагали, не могли применяться в широкой практике. Еще раз напомним о крайне скудной сети акушерских коек, о том, что подавляющее большинство женщин вообще не получало никакой врачебной помощи. Это касается не только национальных окраин, но и центральных губерний обширной империи.

Коренные изменения принципов и структуры отечественного здравоохранения после Великой Октябрьской социалистической революции создали условия для быстрого развития акушерства и гинекологии. Коренным образом изменилось положение женщин и в обществе, был провозглашен государственный закон об охране прав, интересов и здоровья матери и ребенка, заложены совершенно новые формы родовспоможения и гинекологической помощи, основанные на достижениях науки.

Определились новые принципы медицинской помощи женщине. Они заключались в общедоступности, приближении акушерско-гинекологической помощи к населению, профилактике заболеваний и осложнений беременности, теснейшей связи акушерско-гинекологической науки с практикой.

Неизмеримо выросла сеть учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую помощь женщинам, во много раз увеличилось число научно-исследовательских институтов и кафедр акушерства и гинекологии.

Разработаны научные основы организации медицинской помощи женщинам.

Отечественными учеными установлены физиологические изменения, присущие беременности в нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой и других системах. Это послужило основанием для пересмотра режима, питания и гигиены беременных женщин, а также методов профилактики осложнений беременности.

Диспансерное наблюдение женской консультации за беременными, оказание им квалифицированной помощи, строгое соблюдение гигиены труда беременной — решающие факторы в снижении заболеваемости женщин токсикозами беременности.

В послевоенные годы шел непрерывный рост числа коек для гинекологических больных: в 1940 году их было 33,5 тыс., в 1950 — 42,2 тыс., а в 1965 году — 125,2 тыс., т. е. число их по сравнению с предвоенным временем увеличилось в 3,7 раза.

Широко проводится психопрофилактическая подготовка

беременных к родам. Это обеспечивает спокойное поведение женщин во время родов, снижает их продолжительность, понижает мертворождаемость, уменьшает, а нередко полностью снимает боли. В 1965 году 63 процента родов в городах и более 55 процентов родов в сельской местности проходили после психопрофилактической подготовки.

Разработанная система профилактических мероприятий позволила резко снизить послеродовые заболевания. Достигнуты большие успехи в борьбе с кровотечениями во время беременности и родов, которые всегда занимали видное место среди причин материнской смертности. Внедрена в практику система мероприятий по предупреждению и лечению акушерских травм, особенно тяжелых, что позволило резко снизить разрывы матки, свищи и другие повреждения.

С целью приближения акушерско-гинекологической помощи к женщине-работнице, начиная с 1952 года на крупных предприятиях начали организовываться гинекологические кабинеты и женские консультации.

В борьбе против рака у женщин большое значение получили профилактические осмотры, во время которых выявляются злокачественные новообразования, предраковые и другие гинекологические заболевания.

В последнее время в институтах и на кафедрах акушерства и гинекологии успешно изучаются функциональные нарушения половой системы женщин, связанные с нарушением деятельности яичников, гипофиза, надпочечников и других желез внутренней секреции.

Рассказ о достижениях отечественных гинекологов и акушеров мог бы составить большую книгу, на каждой из сотен страниц ее можно было бы найти подтверждение той огромной заботы и внимания, которыми окружена в нашей стране женщина-мать.

Актуальные вопросы акушерства и гинекологии широко обсуждаются на всесоюзных и республиканских съездах. I Всесоюзный съезд акушеров и гинекологов состоялся в 1926 году. После этого отечественные специалисты указанной специальности собирались еще четыре раза (в 1928, 1935, 1957, 1963 годах).

Деятельность советских гинекологов и акушеров нашла широкое международное признание. Советские медики принимают самое активное участие в деятельности международных съездов, конференций и симпозиумов, на которых находят разрешение кардинальные проблемы защиты здоровья женщины-матери.

## ГИГИЕНА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В 1966 году научно-исследовательскую работу по проблеме «Гигиена детей и подростков» проводило около 70 научных учреждений, из них 28 научно-исследовательских институтов, 28 соответствующих кафедр медицинских институтов, 8 педагогических институтов и др.

В СССР гигиена детей и подростков представляет собой комплексную науку, объединяющую, по существу, все отрасли гигиены лиц в возрасте от 3 до 18 лет.

Влияние условий жизни на организм детей и подростков изучается путем учета реакций организма на воздействие многих факторов.

Первые годы характеризовались развитием исследований физического развития детей. Начатые под руководством

А. В. Молькова в Институте социальной гигиены в двадцатых годах они охватили детей как центральных областей России, так и малых национальностей, испытавших на себе гнет национальной политики русского царизма. С тех пор физическое развитие детей непрерывно изучается. В настоящее время разработаны многочисленные региональные возрастно-половые стандарты физического развития и основанные на них оценочные шкалы, по которым может быть дана индивидуальная оценка физического развития.

В ряде местностей проведены повторные исследования, которые показали, что за годы Советской власти произошло значительное улучшение физического развития молодежи. И хотя процесс ускорения физического развития (акселерация) отмечен сейчас почти во всем мире, следует подчеркнуть, что темпы этого ускорения в Советском Союзе выше, нежели в большинстве стран, что служит несомненным свидетельством благоприятного влияния на здоровье подрастающего поколения социальных условий, созданных в Советском Союзе, непрерывного улучшения материального и культурного уровня населения.

Одной из основных задач советской гигиены детей и подростков была и остается гигиеническая оценка объема и содержания учебно-воспитательной работы в школах и детских садах.

Исследования этого рода сопровождали перестройку народного образования на всех ее этапах, начиная от первых лет Советской власти до настоящего времени. Большую работу в этом направлении провел Институт физического воспитания и школьной гигиены АМН РСФСР. Исследования послевоенных лет выявили значительную суммарную нагрузку учащихся, неблагоприятно сказывающуюся на распорядке их жизни и состоянии организма. Эти исследования позволили обосновать необходимость уменьшения школьной нагрузки, сокращения длительности уроков в 1-м классе, правильного чередования видов деятельности, определили оптимальный характер и длительность активного отдыха, допустимую длительность приготовления домашних заданий и т. п. Результаты этих работ получили отражение в ряде монографий и сборников.

В настоящее время возникло много новых задач, связанных с активизацией учебного процесса, программированным обучением, использованием технических средств (кино, телевидение и т. д.). Исследования в этом направлении начаты в последние годы.

Создание учреждений нового типа — школ-интернатов — повлекло за собой разностороннее изучение и оценку режима жизни в них. Разработаны гигиенические рекомендации к организации учебной работы в школах-интернатах, досуга детей и т. д.

Особую и значительную группу исследований составили работы по гигиеническому нормированию трудового обучения и воспитания учащихся.

Многочисленными исследованиями было установлено, что занятия трудом при их правильной организации благоприятно влияют на организм учащихся. Вместе с тем в ряде случаев физиологические возможности детей и подростков явно недоучитывались. Были разработаны основные требования к характеру, объему и продолжительности как занятий по труду в целом, так и отдельных операций. Большое внимание при этом уделено сельскохозяйственному труду уча-

щихся и, в частности, работе в ученических производственных бригадах. Разработаны с учетом возрастных особенностей детей размеры основных рабочих инструментов. Изучено влияние на организм учащихся старших классов производственного обучения по ряду профессий и предложены меры гигиенической его рационализации и зависимости от возраста и пола.

Исследования по гигиеническим вопросам физического воспитания детей и подростков проводятся в основном в направлении использования естественных факторов для укрепления здоровья и закаливания детского организма, разработки нормативов физической нагрузки, а также гигиенических нормативов строительства детских спортивных сооружений и детского спортивного инвентаря.

Существенным разделом советской гигиены детей и подростков является гигиена труда работающих подростков. В этой области исследуется суммарное воздействие всех факторов труда на организм, принимая во внимание напряженность, длительность, характер работы и отдыха подростка для того, чтобы оценить существующий режим подростков с физиологической точки зрения и разработать конкретные предложения по его рационализации.

Большое внимание советская гигиена уделяет санитарному благоустройству школ и детских учреждений. Разработаны оригинальные гигиенические принципы планировки и строительства детских учреждений. Характерными для них были принципы единства здания и участка, максимального доступа света и воздуха, групповой изоляции для дошкольных учреждений.

Проведенными исследованиями дано гигиеническое обоснование набора и габаритов основных помещений школ и школ-интернатов, их планировки и взаимосвязи, дана гигиеническая оценка новым типам планировочных решений (квадратные классы, поперечные классы и т. п.). Советские гигиенисты выдвинули прогрессивный принцип блочной планировки школьных зданий с отдельными блоками для младших и старших классов, отвечающими специфическим требованиям, исходящим из особенностей детей разного возраста, и позволяющими по-разному организовать в них режим занятий. В последнее время доказана необходимость дифференцированного проектирования для разных климатических районов и сформулированы первоначальные гигиенические рекомендации к строительству школ на Крайнем Севере и в южных районах Советского Союза.

Разработаны гигиенические нормы температуры воздуха в помещениях дошкольных учреждений для детей различного возраста и в различных помещениях школ (классы, мастерские, гимнастические залы). Физиологические критерии теплового комфорта для детей различного возраста в различных климатических условиях разрабатываются в Институте гигиены детей и подростков Министерства здравоохранения СССР.

Многочисленные исследования посвящены проблеме естественного и искусственного освещения школ и дана гигиеническая характеристика предложенных за этот период разнообразных школьных светильников, в том числе люминесцентных.

За прошедшие годы гигиенисты совместно с архитекторами разрабатывали новые образцы мебели, отойдя в последнее время от принципа обязательности школьной парты и допуская возможность раздельных столов и стульев, но с обя-

зательным правильным соотношением их между собой и с пропорциями тела детей. Путем тщательных антропометрических исследований были установлены и периодически уточняются основные размеры дошкольной и школьной мебели, соответствующие пропорциям тела детей разного возраста.

На основе физиологических исследований разработаны также гигиенические требования к внешнему оформлению детских книг и детских диафильмов, к детскоей одежде, в частности школьной форме, и к использованию предметов из синтетических материалов.

Советские специалисты по гигиене детей активно участвуют в международных конгрессах, конференциях и симпозиумах по школьной гигиене.

## УЧЕНЫЕ — ДЕТЯМ

Советская педиатрия как наука о больном и здоровом ребенке теснейшим образом связана с практикой детского здравоохранения.

Для научного руководства охраной здоровья детей в 1922 году был создан в Москве Центральный институт охраны материнства и младенчества, который возглавила В. П. Лебедева, а научное руководство осуществлял Г. Н. Сперанский.

Аналогичные институты возникают в столицах союзных республик и во многих областных городах. Одновременно организуются институты охраны здоровья детей и подростков. Впоследствии они были реорганизованы в педиатрические институты.

Советская педиатрия взялась за научное изучение наиболее тяжелых форм детской патологии, каковыми были острые и хронические расстройства пищеварения, острые детские инфекции, воспаление легких и др. Уже в 30-х годах удалось значительно снизить смертность детей от этих заболеваний.

Большую роль в успешном лечении тяжелых форм патологии, особенно раннего детства, сыграли работы Г. Н. Сперанского и его школы по вопросам вскармливания, острых и хронических расстройств питания; работы Ю. Ф. Домбровской, М. С. Маслова, Г. Н. Сперанского по вопросам диагностики, лечения и причин летальности от пневмоний раннего детского возраста; А. Ф. Тура по вопросам рахита, физиологии и патологии новорожденного; В. И. Молчанова, М. Г. Данилевича, А. И. Доброхотовой в области борьбы с острыми детскими инфекциями; П. С. Медовикова, И. В. Цимблера в области туберкулеза.

Педиатры-инфекционисты, микробиологи и эпидемиологи в совместной работе обеспечили успешное изучение в клинике и эксперименте многих вопросов возрастной иммунологии и профилактических прививок. Эти исследования хорошо вооружили практику, что и обеспечило значительное снижение детских инфекций, улучшение лечения и рационализацию госпитализации заболевших детей.

Большие успехи имеются и в борьбе с туберкулезом детей. В настоящее время туберкулезный менингит, как и другие тяжелые формы туберкулеза, встречается редко, а своевременное и правильно проводимое лечение ребенка, больного туберкулезным менингитом, приводит к полному его выздоровлению.

Вопросы клиники и лечения различных форм туберкуле-

за у детей изучали педиатрические коллективы под руководством А. А. Киселя, П. С. Медовикова, В. О. Мочана и других.

Особенно широко осуществляется специфическая профилактика туберкулеза у детей.

С организацией педиатрических факультетов в медицинских институтах и Ленинградского педиатрического медицинского института возникли многие специализированные кафедры — детской хирургии, детской отоларингологии, невропатологии. Оканчивающие педиатрические факультеты получают глубокие знания по физиологии и патологии детского возраста и вполне подготовлены для сложной работы педиатра в городе и на селе.

Перед войной был почти полностью ликвидирован врожденный сифилис у детей, заметно снизилась заболеваемость детей туберкулезом, еще в 1936 году ликвидирована натуральная оспа, исчезли тяжелые формы рахита и т. д. Резко была снижена летальность при желудочно-кишечных заболеваниях и пневмонии. Если в дореволюционное время летальность при токсической диспепсии даже в лучших клиниках достигала 30—40 процентов, то в настоящее время правильное патогенетическое лечение, рациональная диетотерапия с применением новейших методов терапии и витаминов снизили ее до десятых долей процента.

Большая профилактическая работа и специфические вакцинации резко снизили как заболеваемость острыми детскими инфекциями, так и характер их течения.

В самое последнее время внимание педиатров и акушеров особенно привлечено к вопросам физиологии новорожденных и к снижению мертворождаемости и недонашивания.

За последние годы возникла и успешно развивается хирургия новорожденных дефектов, особенно пищеварительного тракта.

Успешно развивается легочная хирургия, проводятся радикальные операции при хронических пневмониях с бронхоэктазами (С. Д. Терновский, С. Я. Долецкий, А. Г. Пугачев, В. А. Климанский и другие).

Кроме научных институтов, значительную научную работу проводят кафедры педиатрии медицинских институтов, кафедры институтов усовершенствования врачей и Ленинградский педиатрический медицинский институт.

Значительную роль в повышении квалификации детских врачей играют научные медицинские общества. В настоящее время они имеются во всех союзных республиках, областных центрах и отдельных городах. Деятельность всех республиканских обществ объединяет Всесоюзное общество детских врачей.

## ДЛЯ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

К началу Великой Отечественной войны в нашей стране было уже 957 детских санаториев на 95 тыс. коек.

Параллельно с ростом сети детских консультаций и поликлиник в стране развивалась больничная помощь детям.

Особое внимание уделялось не только развитию сети детских лечебно-профилактических учреждений, но и подготовке квалифицированных кадров педиатров.

В 1930 году во 2-м Московском медицинском институте был открыт факультет охраны материнства, младенчества и

детства. Вскоре был открыт специальный Медицинский педиатрический институт в Ленинграде.

К 1965 году число педиатрических факультетов при различных медицинских институтах возросло до 33.

Читатель, вероятно, помнит, что перед революцией особенно тяжелое положение с охраной здоровья женщин и детей было на селе. На 2-м Всесоюзном съезде колхозников (1935 г.) в принятом Уставе сельскохозяйственной артели был внесен пункт, обязывающий обеспечить посильной работой беременных женщин и кормящих матерей, освобождая их от работы за месяц до родов и на месяц после родов с сохранением за ними содержания в половинном размере средней выработки трудодней.

В постановлении XVI Всероссийского съезда Советов были даны четкие директивы в области охраны материнства и младенчества на селе. Предлагалось, в частности, расширить сеть консультаций для беременных женщин и грудных детей, значительно расширить сеть акушерских пунктов в деревне, обеспечив их специалистами, развернуть разъездную акушерскую помощь на дому.

В 1941 году в стране было выстроено много новых родильных домов, молочных кухонь и яслей. Особенно выросла сеть акушерско-гинекологических коек в Средней Азии, Казахстане и Закавказье.

Вместе с ростом коечной сети увеличивалось число женских и детских консультаций. Перед началом войны в Советском Союзе насчитывалось 8603 женских и детских консультации, а также детских поликлиник. Для лучшей организации питания детей раннего возраста при консультациях организовывались пункты сбора грудного молока и молочные кухни.

Улучшению качества медицинской помощи матерям и детям способствовала тесная связь науки и практики, быстрое внедрение достижений науки в повседневную работу лечебно-профилактических учреждений.

Росло и число медицинских кадров. В 1940 году в стране насчитывалось 19,4 тыс. врачей-педиатров, 10,6 тыс. врачей акушеров-гинекологов, 68,1 тыс. акушеров и 12,8 тыс. фельдшериц-акушерок.

Для улучшения медицинской помощи и подготовки национальных кадров в республиках были открыты научно-исследовательские институты охраны материнства и младенчества, институты акушерства и гинекологии, институты педиатрии, а в составе медицинских институтов — педиатрические факультеты.

В трудные годы Великой Отечественной войны большое число детских санаториев, больниц и поликлиник было разрушено фашистами. Сократилось число врачей-педиатров — многие из них ушли на фронт.

Широкое привлечение женщин в производстве потребовало дальнейшего расширения сети яслей и детских садов. Создавались дома ребенка, куда в основном поступали дети-сироты. В наиболее тяжелый период войны (1942—1943 гг.) правительством бали даны специальные указания о выдаче дополнительного питания беременным женщинам, кормящим грудью и донорам грудного молока.

Забота о матерях и детях по-прежнему оставалась в центре внимания всей нашей общественности, советских и хозяйственных организаций. Для эвакуации из прифронтовой полосы на Восток матерей с детьми, а также детских кол-

лективов безотказно предоставлялся железнодорожный и водный транспорт. В пути матери и дети обеспечивались горячим питанием. Медицинское наблюдение, уход за детьми осуществлялись силами медицинского и педагогического персонала.

Благодаря исключительной заботе и помощи партийных и советских организаций, а также самого населения в городах и селах, куда приезжали эвакуированные, детям предоставлялись лучшие помещения, они получали все необходимое — одежду, питание и т. д. Это позволило спасти сотни тысяч детских жизней.

Продолжала расширяться сеть яслей, многие из них в связи с условиями работы матерей были переведены на круглосуточное обслуживание детей. Для нуждающихся в особом режиме и питании в яслях создавались санаторные группы. Организовывались специальные детские столовые.

В районах, освобожденных от немецкой оккупации, организовывались детские приемники-распределители, дома ребенка для детей воинов Советской Армии и партизан, а также сирот, родители которых погибли на войне.

Среди мероприятий Советского государства особое место занимает изданный 8 июня 1944 года Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства».

С 1944 по 1965 год 88 тыс. женщинам присвоено почетное звание «Мать-героиня» и 9,2 млн. женщин награждены орденом «Материнская слава» и медалью «Медаль материнства». Этим же указом была установлена выплата государственного пособия матерям, имеющим двух детей, при рождении третьего и каждого последующего ребенка.

Рост благосостояния народа, повседневная забота государства о женщине-матери, ее здоровье способствуют росту числа многодетных матерей. Если в 1945 году многодетных матерей насчитывалось в нашей стране 844 тыс., то в 1950 году число их увеличилось до 3079 тыс., в 1960 году — до 3455 тыс., в 1965 году — до 3542 тыс.

На протяжении всех послевоенных лет сеть учреждений по охране материнства и детства продолжала расти быстрыми темпами. Так, число врачебных и акушерских коек по Советскому Союзу в 1965 году увеличилось до 227 тыс. против 147,1 тыс. в 1940 году.

Рост стационарного родовспоможения как в городах, так и в сельской местности, систематическое наблюдение за здоровьем беременных на производстве позволили снизить материнскую смертность по сравнению с последним предвоенным годом более чем в 3 раза.

В 1948 году было проведено объединение детских больниц и детских отделений общих больных с детскими консультациями и поликлиниками. Типовым лечебно-профилактическим учреждением в настоящее время является детская больница с детской консультацией и поликлиникой; в состав поликлинического отделения включены молочная кухня и пункт сбора грудного молока.

Работа врача-педиатра детской поликлиники строится по участковому принципу. Каждый врач-педиатр обслуживает определенный территориальный участок, на котором проживают 800—1000 детей в возрасте до 15 лет. Он следит за

их физическим развитием, проводит профилактические прививки (против кори, коклюша, дифтерии, полиомиелита и др.).

Детская поликлиника (консультация) оказывает детям все виды специализированной медицинской помощи, в том числе помощь на дому, и при необходимости госпитализирует ребенка в больницу.

За детьми школьного возраста наблюдают специальные школьные врачи. Вместе с администрацией и педагогами они проводят комплексные мероприятия по созданию благоприятных санитарно-гигиенических условий для воспитания физически здоровых детей.

Свыше 5 млн. детей ежегодно отдыхают летом в загородных пионерских лагерях, выезжают в санатории и на дачи.

Говорят, цифры — сухая вещь. Но за «сухими» цифрами кроются огромные успехи отечественной педиатрии, всего нашего здравоохранения.

С развитием лечебно-профилактических учреждений увеличилось и число медицинских работников, охраняющих здоровье матери и подрастающего поколения. Число врачей-педиатров с 19,3 тыс. в 1940 году возросло до 74,8 тыс. в 1968 году, а акушеров-гинекологов — с 10,6 тыс. до 38,5 тыс.

Качество медицинской помощи зависит, конечно, не только от укомплектования поликлиник и больниц медицинскими кадрами. Огромное значение приобретает степень их подготовленности, умение медиков вовремя оказать квалифицированную помощь. В нашей стране трудятся тысячи врачей и медицинских сестер, для которых работа с детьми — истинное призвание в жизни, они отдают маленьким гражданам Страны Советов всю любовь, все свое искусство, весь жар своего сердца.

□

Забота о здоровье и воспитании детей — один из важнейших ленинских заветов. Этот завет свято чтут в нашей стране. «Обеспечить счастливое детство каждому ребенку — одна из наиболее важных и благородных задач строительства коммунистического общества, — говорится в Программе КПСС. — Все лучшее должно принадлежать детям».

Эти прекрасные слова неуклонно претворяются в жизнь.

15 коп. Индекс 70063

## УВАЖАЕМЫЕ ТОВАРИЩИ!

ЕСЛИ ВАС ИНТЕРЕСУЮТ ПРОБЛЕМЫ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОЙ НАУКИ, СОВЕТУЕМ ВАМ СТАТЬ ПОДПИСЧИКОМ СЕРИИ «СЕЛЬСКОЕ ХОЗЯЙСТВО».

КРУПНЕЙШИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ РАССКАЖУТ ВАМ О НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ ЗЕМЛЕДЕЛИЯ И ЖИВОТНОВОДСТВА, О ВОПРОСАХ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА, ПОЗНАКОМЯТ С БИОЛОГИЕЙ ОСНОВНЫХ ПОЛЕВЫХ КУЛЬТУР. КНИЖКИ ЭТОЙ СЕРИИ БУДУТ ПОЛЕЗНЫ И МОЛОДОМУ КОЛХОЗНИКУ, И СЛУЖАЩЕМУ СОВХОЗА, И СПЕЦИАЛИСТУ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА, И ОРГАНИЗАТОРУ НА СЕЛЕ.

ВО ВТОРОМ ПОЛУГОДИИ 1970 ГОДА ПОДПИСЧИКИ СЕРИИ «СЕЛЬСКОЕ ХОЗЯЙСТВО» ПОЛУЧАТ, В ЧАСТНОСТИ, СЛЕДУЮЩИЕ БРОШЮРЫ:

Вавилов П. П., доктор сельскохозяйственных наук. **О биологии основных полевых культур.**

Горячкин М. И., доктор сельскохозяйственных наук, Гребенкин В. К., кандидат сельскохозяйственных наук. **Комплексная механизация возделывания овощей.**

Фомичев Ю. П., кандидат экономических наук. **Форма организации труда в растениеводстве.**

СЕРИЯ «СЕЛЬСКОЕ ХОЗЯЙСТВО» В КАТАЛОГЕ «СОЮЗПЕЧАТЬ» РАСПОЛОЖЕНА В РАЗДЕЛЕ «НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЕ ЖУРНАЛЫ» ПОД РУБРИКОЙ «БРОШЮРЫ ИЗДАТЕЛЬСТВА «ЗНАНИЕ». ИНДЕКС СЕРИИ—70068. ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ ВО ВСЕХ ОТДЕЛЕНИЯХ «СОЮЗПЕЧАТИ». СТОИМОСТЬ ПОДПИСКИ НА КВАРТАЛ 27 КОП., НА ПОЛГОДА 54 КОП. ЕЖЕМЕСЯЧНО ВЫХОДИТ ОДНА БРОШЮРА.

**ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ»**